Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Direktor: Prof. Dr. C. J. Gauß

Über Dauerresultate nach Ventrifixur und Vorfall-operationen.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Josef Zwecker

aus

Rothhausen (Ufr.)

Würzburg 1930
Buchdruckerei Konrad Triltsch

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent:
Professor Dr. Walther Schmitt.

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit gewidmet!

Seit Olshausen als erster bewußt zum Zwecke der Lagekorrektur des retroflektierten Uterus eine Ventrifixur ausführte, erregte die Behandlung der Rückwärtsverlagerungen des Uterus sowie der Genitalprolapse immer wieder das Interesse der Gynäkologen. Die Auswirkung des pathologischen, örtlichen Zustandes auf den Gesamtorganismus und besonders auf die Psyche der Frau, die Hartnäckigkeit das bestehende Leiden so zu bekämpfen, daß eine befriedigende Dauerheilung in funktioneller und orthopädischer Hinsicht zu verzeichnen war, ganz besonders auch die Häufigkeit des Leidens, ließen eine endgültige und unumstößliche Stellungnahme über die Therapie dieses harmlosen und oft wieder so ungemein lästigen und gefahrvollen Leidens nicht zu. Bei einem großen Prozentsatz der Frauen, die dem Frauenarzt zur Beobachtung kommen, ist eine Abweichung der weiblichen Genitalien von der normalen, anatomischen Lage festzustellen.

Von einer normalen Lage des Genitalsystems können wir bei einer nicht schwangeren, und nicht puerperalen Frau dann sprechen, wenn der Uteruskörper sich in Anteflexion, der innere Bauchdruck sich in gewöhnlichen Grenzen befindet, Blase und Mastdarm entleert sind und keine Druckwirkung von außen stattfindet. Es ist dies die typische Lage der inneren Genitalien, die Waldeyer auch als die „Grundstellung" bezeichnet hat. Durch physiologische Verhältnisse allein wird nämlich schon die topographische Lage der inneren Genitalien des Weibes geändert. Sie ist abhängig vom jeweiligen Füllungszustand des Darmes und der Blase, von der Körperlage, von Schwangerschaft und Wochenbett. Diese Lageveränderung tritt aber nur vorübergehend ein. Es begegnen uns aber viele Fälle, bei denen wir eine dauernde Abweichung von der typischen Lage der Genitalien vorfinden und zwar im Sinne einer zu kleinen oder zu großen Beweglichkeit der weiblichen Geschlechtsorgane, speziell der Gebärmutter und der Scheide. Die Gründe für diese Abweichung sind sehr mannigfach. In dieser Arbeit soll auf diese Frage nicht eingegangen werden.

Unter den vielen Formen von Lageveränderungen treffen wir Verlagerungen an, die angeboren und solche, die erworben sein

können. Praktische Bedeutung schon allein wegen der Häufigkeit des Vorkommens haben nur die erworbenen Verlagerungen. Sie sind letzten Endes meist die Folge einer Insuffiziens der Befestigungsmittel des Uterus, also der Aufhängebänder oder aber eine Schwäche des Beckenbodenbindegewebes und der Beckenbodenmuskulatur. Im ersten Falle kommt es zu den Rückwärtsverlagerungen der Gebärmutter, zur Retroversio-flexio uteri und zwar

1. zur Retroversio-flexio uteri mobilis, wenn der Uteruskörper in seiner abnormen Lage noch beweglich, mit seiner Umgebung nicht verwachsen ist und sich ohne chirurgischen Eingriff in die normale Anteflexionslage bringen läßt und

2. zur Retroversio-flexio uteri fixata, wenn der retroflektierte Uterus mit seiner Umgebung durch feste Stränge verbunden ist und nur durch operative Lösung der Verwachsungen in seine Grundstellung gebracht werden kann.

Bei einer Schwäche des Beckenbodenbindegewebes und der Beckenbodenmuskulatur entsteht die Senkung und der Vorfall der Genitalorgane, der Descensus und Prolaps der vorderen oder hinteren oder beider Vaginalwände, sowie des Uterus. Oft gesellt sich diesem Zustande eine Retroflexio uteri hinzu.

In meinen weiteren Ausführungen möchte ich nun die beiden Gruppen von Lageveränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane streng getrennt wissen:

1. **Die Retroflexionen** (= Rückwärtsverlagerungen)
   a) Retroflexio mobilis
   b) Retroflexio fixata
   c) Retroflexio mit gleichzeitiger Adnexerkrankung.

2. **Prolaps mit Beteiligung des Uterus,** evtl. gleichzeitiger Retroflexio uteri (Vorfall).

Für die Beurteilung der Ventrifixationen und ihrer Dauererfolge ist die Beantwortung der Fragen von Wichtigkeit: Welche Beschwerden machen die Lageveränderungen der Frau? Welche Therapie behebt die subjektiven Beschwerden und macht die Frau wieder arbeitsfähig? Welche Therapie kommt einer restitutio ad integrum am nächsten, ohne dabei der Frau einen gefahrvollen Eingriff zuzumuten? Alle diese Fragen sind im Laufe von langen Jahren der Beobachtung und Arbeit erforscht und beschrieben worden, aber doch ist ein Abschluß der umstrittenen Probleme nicht erzielt.

1. Rückwärtsverlagerungen.

Ohne Zweifel kommen Retroflexionen vor, die der Frau gar keine Beschwerden bereiten und nur als ein zufälliger Untersuchungsbefund in der Sprechstunde festgestellt werden. Diese Falschlage bedarf keiner Behandlung. Die meisten Retroflexionen machen aber eine Reihe von Allgemeinbeschwerden, vorwiegend neuralgische Schmerzen, wie Kopfschmerzen, Rücken- und Kreuzschmerzen. Diese Störungen werden vielfach durch eine tonisierende Allgemeinbehandlung zu beheben sein. Zu den Allgemeinstörungen kommen häufig noch örtliche Beschwerden, wie Menstruationsstörungen, Schmerzen beim Wasserlassen, lästiger Urindrang und Druck auf den Darm. Vielfach wird über Schmerzen beim Coitus geklagt, die wohl meist durch Druck auf die gleichzeitig in den hinteren Douglas verlagerten Ovarien ausgelöst werden. Abort ist eine nicht gerade seltene Beobachtung bei Retroflexio. Noch häufiger ist wohl die Retroflexio als Ursache einer bestehenden Sterilität anzusehen. Nach v. Hinkel sind 10% aller Retroflexiokranker steril. Winter hat darauf hingewiesen, daß in erster Linie die anormale Stellung der Portio nach oben, die das Eintauchen derselben in das hintere Scheidengewölbe, das receptaculum seminis, unmöglich macht, die Conzeption erschwert Durch eine Lagekorrektur des Uterus kann oftmals die bestehende Sterilität behoben werden. Es ist schwer, den Beweis zu bringen, daß gerade die Retroflexio allein den Grund der Kinderlosigkeit bedeute. Sehr viele bewegliche Retroflexionen wurden jedenfalls in der Universitäts-Frauenklinik Würzburg operativ angegangen und zeitigten einen sicheren Erfolg. Der Wunsch der Frau unter allen Umständen ein Kind zur Welt zu bringen, war Indikation für die Operation.

Verstärkt werden die oben erwähnten Störungen, sobald die Retroflexio durch entzündliche Veränderungen der Adnexe, oder durch pelveoperitonitische Prozesse kompliziert wird. Hier kommt neben einer entsprechenden Allgemeinbehandlung (Hydrotherapie, Badekuren) ganz besonders die örtliche Therapie zu ihrem Recht. Das Ziel kann auf unblutigem, konservativen oder auf blutigem, operativen Wege erreicht werden.

Die Frage der konservativen Behandlung soll in dieser Abhandlung der Vollständigkeit wegen nur kurz gestreift werden. Konservative Therapie ist hier gleichbedeutend mit Pessartherapie. Ob man den Uterus manuell oder mit der Sonde „aufrichtet“, d. h. in seine normale Lage bringt, muß von Fall zu Fall entschieden wer-

den und hängt häufig ab von der Vorliebe des Untersuchers für die eine oder andere Behandlungsart. Ist die Aufrichtung vollendet, so muß Sorge getragen werden, daß der Uterus in seiner richtigen Lage bleibt. Dies geschieht durch das Einlegen eines Pessars. Das richtig sitzende Pessar drängt das hintere Scheidengewölbe und mit ihm die Cervix nach hinten und hält so das Corpus uteri in Anteflexion.

2. Vorfall.

Die Senkung der Genitalorgane ist, wie schon erwähnt, fast stets mit einer Retroflexio uteri verbunden. Es werden daher die gleichen Beschwerden wie bei der Retroflexio geklagt. Ein Gefühl von Schwere und Zug nach unten stellt sich bei den meisten Frauen ein. Mit dem Ausmaße des Descensus werden auch die Beschwerden zunehmen. Fluor, Cervicalkatarrh und Cervicalgeschwüre sind häufige Begleiterscheinungen. Besteht außerdem noch eine Cystocele, so werden Beschwerden beim Wasserlassen hauptsächlich in Erscheinung treten. Die Defäkation wird durch die Erschlaffung des Beckenbodens erschwert. Alle diese Erscheinungen im Verein mit den Allgemeinstörungen führen bis zur völligen Arbeitsunfähigkeit, ja bis zum Lebensüberdruß.

Im Gegensatz zu den Rückwärtsverlagerungen ist ein Descensus schon im Beginn, auch wenn er noch keinerlei Beschwerden macht, behandlungsbedürftig. Neben einer Allgemeinbehandlung ist sofort eine örtliche Therapie am Platze. Von den konservativen Maßnahmen kommt hauptsächlich das Einlegen eines Pessars in Frage. Eine Dauerheilung wird allerdings die Pessarbehandlung nie erreichen. Gerade bei jungen Frauen, die durch soziale Verhältnisse gezwungen sind, schwere körperliche Arbeit zu verrichten, erfüllt die konservative Pessartherapie ihren Zweck nicht. Nur durch eine operative Beseitigung der Genitalstörung wird die Frau wieder zur Arbeitsfähigkeit und zu subjektivem Wohlbefinden gelangen.

Ist eine Lageveränderung des Uterus und der Vagina also wirklich behandlungsbedürftig und ist die konservative Behandlung kontraindiziert oder kommt man mit konservativen Maßnahmen nicht zum Ziele, so ist die chirurgische Behandlung angezeigt. Für die operative Lagekorrektur von Gebärmutterverlagerungen sind mehr als 200 Operationsarten ausgedacht worden, alle in dem Bestreben, möglichst vollkommene Resultate zu erzielen. Immer wieder werden neue Modifikationen meist bekannter Methoden erson-

nen und empfohlen, und finden in der Folgezeit ebenso begeisterte Anhänger wie erbitterte Gegner, zum Zeichen dafür, wie wenig sich die meisten Operationen bewährten, wie schwer man einer Technik einen überragenden Vorteil zusprechen kann. Es würde zu weit führen, alle Operationsmethoden in dieser Abhandlung aufzuzählen oder gar zu beschreiben, zumal nur wenige anatomische Verhältnisse herstellen, die der typischen Normallage des Uterus, der Grundstellung, entsprechen. Das Ziel einer jeden Operation, die eine von der Norm abweichende Lage des Uterus beseitigt, muß sein, den Genitalapparat und zwar speziell Uterus und Vagina dauernd in eine Lage zu bringen, die der normalen Lage möglichst nahe kommt. Es muß weiter von dieser Operation verlangt werden, daß sie in der Folgezeit keine nennenswerten subjektiven Beschwerden oder pathologischen Lokalveränderungen hinterläßt, und daß die Funktion des Genitalapparates nicht wesentlich beeinträchtigt wird. Es muß besonders dem Uterus eine entsprechende Beweglichkeit bleiben, sodaß bei eintretender Schwangerschaft keine ernsten Komplikationen entstehen.

An der Universitäts-Frauenklinik Würzburg sind im Laufe vieler Jahre unter Leitung von Geheimrat Prof. Hofmeier und Prof. Gauß mehrere hundert von Ventrifixuren und Vorfalloperationen ausgeführt worden. Es wurde bis 1923 ausschließlich nach der von Olshausen angegebenen, von Hofmeier modifizierten Methode ventrifixiert, zur Behandlung der Vorfälle meist die typische Kolporrhaphie ausgeführt. Über die Ergebnisse ist in der Dissertation von v. Lühmann (1922) berichtet. Ich werde am Schluße vergleichend die Ergebnisse berücksichtigen. Seit 1923 kommen an der Frauenklinik 3 Operationsarten zur Behebung der Rückwärtsverlagerungen in Anwendung:

1. Die Ventrifixur nach Schauta-Doléris.
2. Die Ventrifixur nach Olshausen, modifiziert von Hofmeier.
3. Die Alexander-Adams'sche Operation.

Nur in einigen Ausnahmefällen wurde die Raffung der Ligamente nach Menge beschlossen.

Zur Behandlung des Uterus- und Scheidenvorfalles wurde, wie schon erwähnt, die Kolpoperineorrhaphie ausgeführt und gleichzeitig mit dieser plastischen Operation an der Scheide der Uterus in irgend einer der angegebenen Weisen in Anteflexion befestigt. Bei allen Frauen im geschlechtsreifen Alter wurde dabei natürlich sorgsam geachtet, daß die physiologische Funktion des Uterus

erhalten blieb. Fast immer handelte es sich neben einem Descensus oder Prolaps noch um eine Retroflexion des Uterus, so daß die Behandlung in diesen Fällen also bestand: 1. In einer plastischen Operation am Damm und an der Scheide, 2. in einer nachfolgenden Ventrifixation.

Die vielen Beschuldigungen, die den Retroflexions- und Vorfalloperationen zur Last gelegt werden, möchte ich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Bestehenbleiben der subjektiven Beschwerden.
2. Rezidiv des alten Leidens.
3. Verschlimmerung der Beschwerden nach der Operation (Narbenveränderungen, Narbenbruch, erneute Verwachsungen).
4. Ileus als Folge der Operation.
5. Schwangerschaftsbeschwerden und Schwangerschaftstörungen (Abort).
6. Geburts- und Wochenbettstörungen.

Ich werde später bei der Besprechung und Kritik der Dauerresultate nach unseren Ventrifixationen und Vorfalloperationen auf die angeführten Punkte zurückkommen.

Der Vollständigkeit halber lasse ich die Beschreibung der an der Würzburger Frauenklinik in Anwendung gekommenen Ventrifixurmethoden und ihre Indikation folgen.

1. Die Ventrifixur nach Schauta-Doléris.

In den meisten Fällen, in denen eine Öffnung der Bauchhöhle notwendig erschien, wurde die Ventrifixur nach Schauta-Doléris ausgeführt. Die Technik der Operation gestaltete sich folgendermaßen:

Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie; Vorziehen des Uterus, evtl. nach vorheriger Lösung von Verwachsungen, die teils scharf, teils stumpf vorgenommen wurde. Dann Revision der Anhänge. Nun wird das Ligamentum rotundum erst rechts, dann links mit einer langen, stumpfen Klemme gefaßt. Darauf wird beiderseits seitlich von der Mittellinie die Fascie etwas frei präpariert und eine pfriemartige Klemme durch Fascie, Muskulatur und Peritoneum gestoßen; in der Bauchhöhle wird die Spitze der Klemme etwas geöffnet, das Ligamentum rotundum dicht neben der bereits angelegten stumpfen Klemme nochmals gefaßt; die stumpfe Klemme wird nun abgenommen und das Ligamentum rotundum mittels der pfriemartigen Klemme durch Peritoneum, Muskulatur und Fascie

soweit herausgezogen, daß die vorgezogene Schlinge des Ligamentum rotundum mittels zweier Nähte auf die Fascie genäht werden kann. Darauf wird das Ligamentum rotundum der anderen Seite in der gleichen Weise fixiert.

2. Die Alexander-Adams'sche Operation.

Bei Virgenes, bei denen schon mit Rücksicht auf den bestehenden Hymen eine Pessartherapie nicht am Platze ist, abgesehen davon, daß durch die häufigen Manipulationen, die der ständige Wechsel eines Pessars notwendig macht, die Psyche mancher Mädchen nachteilig beeinflußt wird, wird die Operation nach Alexander-Adams die Operation der Wahl sein. Voraussetzung ist, daß der Uterus frei beweglich und durch keinerlei Verwachsungen im Douglas festgehalten ist. Die Operation hat den großen Vorteil, daß es nur im Leistenkanal zur Eröffnung des Bauchfelles kommt. Die distalen Teile der Ligamenta rotunda werden vom äußeren Leistenring aus aufgesucht, hervorgezogen und verkürzt. Die proximalen Bandstümpfe werden fest mit der Aponeurose des Musculus obliquus abdominis externus vernäht. Diese Technik bewirkt ein Hervorziehen des Uterus aus der Retroflexions- in die normale Anteflexionslage.

3. Die Ventrifixur nach Olshausen, modifiziert von Hofmeier.

Bei zahlreichen Fällen ist eine konservative Pessartherapie unmöglich, entweder wegen des dauernden Reizzustandes, den das Pessar als Fremdkörper auf die Scheidenschleimhaut ausübt, sodaß die Frau dauernd von einem lästigen Fluor gepeinigt ist, oder aber der Uterus läßt sich durch ein Pessar nicht in der Normalstellung halten, meist infolge einer zu weiten, nachgiebigen Scheide. Handelt es sich schließlich um eine Retroflexio fixata, so verspricht die extraperitoneale Operation nach Alexander-Adams keinen Erfolg. Die Ventrifixur tritt in diesen Fällen in ihre Rechte. Die Verwachsungen des Uterus mit der Umgebung, die die Folge chronisch-entzündlicher Prozesse sind, können bei einer Laparotomie gelöst werden. Besteht neben der Retroflexion eine gleichzeitige Adnexerkrankung, eine Adnexitis, ein Adnextumor, eine lokale Peritonitis oder ein ähnlicher Zustand, so wird ohne weiteres eine Laparotomie in Frage kommen. Im folgenden gebe ich einen Auszug der von Hofmeier selbst niedergelegten Beschreibung seiner Methode:

„Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch den von Pfannenstiel eingeführten suprasymphysären Fascienquerschnitt oder

durch einen Längsschnitt wird der Uterus und die Anhänge (Tuben und Ovarien) manuell, am besten unter Kontrolle des Auges aus ihren Verwachsungen möglichst vollkommen gelöst. . . . Der Uterus wird nun vorgezogen und an jeder Seite etwa 1 cm vom Rande des Uterus entfernt, ein Silkwormfaden oder ein Doppelfaden von starkem Jodcatgut um die ligamenta rotunda gelegt, die Fadenenden von innen an der entsprechenden Stelle durch die Bauchwand bis zur äußeren Fascie gestoßen und dieser Faden unter nicht zu starkem Ziehen auf der äußeren Fascie geknotet. Ich möchte einen besonderen Wert darauf legen, daß die Ligamente nicht zu knapp gefaßt werden, um denselben die volle Möglichkeit der Entfaltung in der Schwangerschaft zu lassen. Um aber die Möglichkeit einer Darmeinklemmung zu verhüten, werden jetzt noch durch das Peritoneum des unteren Wundwinkels und die obere vordere Fläche des Uterus zwei oder drei Catgutnähte gelegt. Es bildet sich hierdurch eine oberflächliche und jedenfalls leicht dehnbare Verwachsung, die das Resultat sichert und eine Ausdehnung des Corpus uteri in der Schwangerschaft niemals behindert hat, wie zahlreiche eigene Beobachtungen uns gezeigt haben."

Es ist natürlich von größter Wichtigkeit, über die Leistungsfähigkeit der genannten Operationsmethoden ein Urteil zu gewinnen. Dies ist nur dann möglich, wenn jede Klinik von Zeit zu Zeit über die mit den einzelnen Operationsverfahren erzielten Resultate ausführlich berichtet. Es wurde mir deshalb von Herrn Prof. Dr. Walther Schmitt die Aufgabe gestellt, die Ergebnisse der in den Jahren 1922 bis einschließlich 1927 in der Würzburger Frauenklinik ausgeführten Ventrifixuren und Vorfalloperationen festzustellen und auf ihre Dauerresultate zu prüfen. Meine Arbeit bildet eine Fortsetzung der von v. Lühmann 1922 festgelegten Ergebnisse, die s. Zt. an Hand der Aufzeichnungen der Untersuchungen über die Dauererfolge der in den Jahren 1912 bis 1921 ausgeführten Ventrifixuren gewonnen wurden. Meine Untersuchungen wurden abgeschlossen im Frühjahr 1929. Zur Erleichterung der Übersicht und Erläuterung des Textes habe ich die von mir gefundenen Resultate in Tabellen zusammengefaßt.

An der Würzburger Universitäts-Frauenklinik sind in den Jahren 1922 bis 1927 einschließlich 489 Patientinnen ventrifixiert worden. Bei 368 Frauen wurde die Ventrifixur nach Schauta-Doléris, bei 93 die nach Olshausen ausgeführt. Die extraperitoneale Operation nach Alexander-Adams kam in

25 Fällen zur Anwendung. 2 mal wurde die Raffung der ligamenta rotunda nach Menge, 1 mal in Verbindung mit einer ausgiebigen Scheidendammplastik die Exohysteropexie nach Kocher vorgenommen, eine Methode der Ventrifixation, die eine sehr feste Verbindung des Uterus mit der Bauchwand herstellt.

Operiert wurden in den Jahren 1922—1927 489 Patientinnen.

Indikation	Sch. Dol.	Olsh.	Al. Ad.	Menge	Kocher	Sa.
Retrofl. ut. mob.	140	20	11	—	—	171
Retrofl. ut. fix.	21	26	—	—	—	47
Retrofl. ut. m. Adnexerkr.	28	25	—	2	—	55
Prolaps m. Beteilig. d. Ut.	179	22	14	—	1	216
Sa.	368	93	25	2	1	489

Bei der Nachforschung nach dem weiteren Schicksal der operierten Frauen machte die Feststellung des augenblicklichen Wohnortes oft große Schwierigkeiten, da ein großer Prozentsatz der hier Operierten den Wohnort inzwischen gewechselt hatte, andere wieder nur vorübergehend als Angestellte beschäftigt waren und inzwischen infolge Verehelichung den Namen änderten. Ich schickte an alle früher bei uns ventrifixierten Frauen einen Fragebogen nebst der Aufforderung sich zu einer Nachuntersuchung in der Klinik einzufinden. Es war vorauszusehen, daß es unmöglich sein würde, alle Frauen zu einer Reise nach Würzburg zu veranlassen, zumal bei der bis 200 km weiten Entfernung des Wohnsitzes die Reisekosten für manche Frau eine starke finanzielle Belastung bedeutet hätten. So ist es erklärlich, daß von den 489 Operierten und von mir befragten Patientinnen nur 414 erreichbar waren: 199 Frauen kamen zur Nachuntersuchung in die Klinik, 196 Frauen beantworteten meine Fragen schriftlich, 19 waren im Laufe von 8 Jahren gestorben.

Indikation	R. ut. mob.	R. ut. fix.	R. ut. u. Adn.	R. ut. u. Prol.	Sa.
Nachunters. Pat.	68	19	16	96	199
Schriftl. Antw.	68	22	29	77	196
Gestorben	3	1	—	15	19
Sa.	139	42	45	188	414

Bei 489 Befragten und bei 414 Antworten beträgt der Prozentsatz der erhaltenen Antworten 84,66 %.

Der an die Frauen verschickte Fragebogen enthielt folgende Fragen:

1. Wie ist Ihr Allgemeinbefinden seit der Operation?
2. Sind Sie arbeitsfähig?
3. Leiden Sie an Kreuzschmerzen?
4. Ist die Periode seit der Operation regelmäßig? Haben Sie Schmerzen bei der Periode? Ist die Periode schwach oder stark? Wie lange dauert sie? Ist eine Änderung gegenüber früher (vor der Operation) eingetreten?
5. Sind Sie nach der Operation in die Hoffnung gekommen? Wie oft? Wie verliefen die Schwangerschaften? Wann haben Sie geboren? Wie verliefen die Geburten? Haben Sie zu Hause oder in einer Klinik entbunden? In welcher Klinik? Hatten Sie Fieber im Wochenbett?
6. Hatten Sie nach der Operation eine Fehlgeburt? Wie oft?
7. Sind an der Bauchnarbe Veränderungen aufgetreten? (Narbenbruch). Wann?
8. Waren Sie nach der Operation wegen Unterleibsleiden in ärztlicher Behandlung? Wann? Bei wem? Weshalb?
9. Haben Sie sonst noch ein Leiden?
10. Sind Sie mit dem Erfolg der Operation zufrieden?

Zu Frage 8 möchte ich bemerken, daß ich mich nach Einlauf der beantworteten Fragen an alle Ärzte wandte, die in der Folgezeit die von uns operierten Frauen weiterhin noch behandelten. Meine Bitte um Mitteilung über das Befinden unserer früheren Patientinnen wurde meist freundlich beachtet und mir auf diese Weise manche wertvolle Angabe geliefert.

Um eine möglichst lange Beobachtungszeit zu haben, wurden nur diejenigen Patientinnen mit einem Fragebogen beschickt, deren Operation mindestens ein Jahr zurücklag.

Todesfälle.

Im Laufe von $7^1/_2$ Jahren sind 19 unserer Patientinnen gestorben. Um die Todesfälle in einen richtigen Zusammenhang mit der von uns ausgeführten Operation zu bringen, wählte ich folgende Einteilung:

1. Todesfälle im Anschluß an die Operation: 7 Pat. = 1,4% (primäre Mortalität)
2. Todesfälle längere Zeit nach der Operation: 1 Pat. = 0,2% (in ursächlichem Zusammenhang mit der Op.)
3. Todesfälle längere Zeit nach der Operation: 11 Pat. = 2,2% ohne ursächlichen Zusammenhang mit d. Op.).

ad 1.

1. R. Maria, 36 Jhr. alt, wegen Retrofl. ut. fix. 1923 nach Olsh. operiert. Die Wundheilung ging ohne Störung vor sich. 8 Tage nach der Operation verspürte sie plötzlich Stechen in der linken Brustseite, worauf sie am kommenden Tage ganz plötzlich verstarb. Man nahm Apoplexie oder Embolie an. Der Sektionsbericht jedoch ergab ein schlaffes Herz mit geringer Dilatation des linken Ventrikels, geringes Lungenoedem, sowie Hyperämie der Bauchorgane. Keine Embolie.
2. K. Therese, 46 Jhr. alt, wegen Retrofl. ut. 1924 nach Sch.-Dol. ventrifixiert. Wegen des bestehenden Desc. ut. et vag. wurde eine vordere und hintere Plastik ausgeführt. 12 Tage nach der Operation bekam Pat. eine Enteritis acuta, sowie einen plötzlichen Herzkollaps, an dem sie verschied. Der Sektionsbefund ergab eine frische Pharyngo-Tracheo-Bronchitis. Im linken Unterlappen hämorrhagische Bronchopneumonie, sowie eine beginnende fibrinöse, eitrige Pleuritis. Am Herzen fanden sich die Veränderungen einer frischen Mitralendocarditis vor. Ausdrücklich erwähnt ist, daß sämtliche Operationsstellen reaktionslos in Heilung begriffen waren.
3. E. Anna, 51 Jhr. alt, wegen Retrofl. ut. mob. 1924 Ventrifixur nach Sch. Dol., wegen eines bestehenden Descensus ut. et vag. vordere und hintere Kolporrhaphie mit Levatorplastik. Pat. starb plötzlich 9 Tage nach der Operation unter den klinischen Zeichen einer Embolie. Der anatomische Befund ergab Embolie der beiden Nierenarterien, mehrfache Thromben im Plexus vesicalis, Lungenembolie beiderseits, schlaffes Herz mit offenem foramen ovale.
4. U. Maria, 59 Jhr. alt, verschied einen Tag nach ausgeführter Ventrifixur nach Sch. Dol. und Plastik. (1925). Klinisch ließ sich eine Facialisparese links, starkes Trachealrasseln sowie Herzinsuffizienz feststellen. Die Sektion ergab außer geringen Haematomen im Operationsbereich eine Bronchopneu-

monie des rechten Unterlappens, alte pleuritische Stränge und eine Dilatation des rechten Herzens.

5. Sch. Margarete, 48 Jhr. alt, operiert 1925. Es wurde eine Ventrifixur nach Sch. Dol. nebst Plastik ausgeführt. 4 Tage nach der Operation stellte sich der Exitus letalis ein. Der Sektionsbefund war folgender: Diffuse eitrige Streptokokken-Peritonitis bis stark ins kleine Becken hinein. In der Lunge fand sich rechts ein kleiner Infarkt, links in einem peripheren Gefäße ein kleiner, reitender Embolus.

6. G. Gertrud, 37 Jhr. alt, operiert 1926, starb 6 Tage nach der Operation an einer fibrinös-eitrigen Peritonitis, sowie an geringem Lungenoedem, wie die Sektion ergab. Es wurde bei ihr ebenfalls eine Ventrifixur nach Sch. Dol. sowie die vordere und hintere Kolporrhaphie mit Levatorplastik ausgeführt.

7. R. Katharina, 32 Jhr. alt, ventrifixiert nach Sch. Dol. 1927. Vordere und hintere Kolporrhaphie wegen des bestehenden Desc. ut. et vag. ant. et post. Aus der Vorgeschichte ist zu bemerken, daß 6 Jahre vor der ausgeführten Operation eine Tubenperflatio ausgeführt wurde. Ein Jahr vor unserer Operation wurde in einem anderen Krankenhaus wegen Tubargravidität die rechte Tube entfernt. Die Patientin verstarb 12 Tage nach unserer Operation unter der klinischen Diagnose einer Bronchopneumonie. Einige Stunden vor dem Exitus leichter Meteorismus des Abdomens. Die Sektion ergab auch eine Bronchopneumonie, besonders rechts, Pleuritis mit Empyem rechts, frische Pericarditis fibrinosa. In der rechten Pleurahöhle fand sich 1500 ccm gelben, dickflüssigen Eiters. Die Umgebung des Schnittes außen, sowie in allen Bauchdeckenschichten, sowie das Peritoneum war nirgends entzündlich verändert. Die Därme allerdings waren stark gebläht. Serosa der vorderen Bauchwand, sowie die der ventral liegenden Därme waren matt, leicht gerötet, klebrig, diffus mit wenigen verstreuten, sehr dünnen, rötlichen Fibrinfäden bedeckt. Es war also eine beginnende Peritonitis fibrinosa festzustellen.

ad 2.

1. R. Sophie, 43 Jhr. alt, kam wegen einer Retrofl. uteri mob. und eines alten Dammrisses zweiten Grades, sowie Desc. vag. post. 1925 zur Operation. Es wurde eine Ventrifixur nach Sch. Dol. und Kolpoperineoplastik gemacht Auf eine Anfrage hin teilte

mir der Ehemann mit, daß seine Frau 3 Monate nach der hier ausgeführten Operation wegen Darmverschluß in einem anderen Krankenhaus nochmals operiert worden und 5 Tage nach der zweiten Operation dort verstorben sei. Der leitende Arzt der betreffenden Krankenanstalt teilte mit, daß bei der Patientin Darmverschluß infolge zahlreicher Verwachsungen des Dickdarms mit der Bauchwand und mit andern Darmschlingen bestanden habe. Nach Lösung derselben wurde ein anus praeternaturalis angelegt. 6 Tage nach der Operation verstarb Pat. infolge Atonie des Darmes und Herzschwäche. (Siehe Verzeichnis der Ileusfälle Nr. 4. S. 38).

ad 3.

1. K. Dorothea, 43 Jhr. alt, operiert 1923. Ventrifixur nach Olshausen wegen Retrofl. ut. mob. Gest. 1928. Lt. Mitteilung des Ehemannes: „Hirnschlag".
2. W. Babette, 42 Jhr. alt, op. Januar 1923 nach Olsh. wegen Retrofl. ut. mob. Gest. September 1923. Vom Ehemann war keine Mitteilung über die Todesursache zu erhalten. Die Frau litt lt. Krankengeschichte an einer beiderseitigen Tbc. pulmonum.
3. Sch. Maria, 41 Jhr. alt, op. 1923 wegen eines Prolaps vag. et uteri. Ventrifixur nach Sch. Dol. Vordere und hintere Plastik. Gest. 1924. Lt. Krankengeschichte der chirurgischen Abtlg. des Luitpoldkrankenhauses Würzburg: Peritonitis purulenta, Perisplenitis, Gallensteine in der Papilla Vateri. Lt. Mitteilung des Ehemannes: „Nach der von Ihnen vorgenommenen Operation war meine Frau von ihrem Leiden völlig befreit. Es zeigten sich keinerlei Beschwerden."
4. R. Maria, 42 Jhr. alt, op. 1923. Ventrifixur nach Sch. Dol. Lt. Angabe des Standesamtes: Frau R. vor 3 Jahren gest. Befund bei der Operation: Alter Gelenkrheumatismus, Magengeschwür, Tbc. pulmonum.
5. B. Maria, 53 Jhr. alt, op. 1923 wegen Desc. ut. et vag. Hintere Plastik und Ventrifixur nach Sch. Dol. Gest. 1924. Lt. Mitteilung des Standesamtes gest. 1924. Alle Angehörigen tot. Todesursache unbekannt.
6. K. Julchen, 40 Jhr. alt, 1924 wegen Retrofl. ut. nach Sch. Dol. ventrifixiert. Wegen des Desc. ut. et vag. vordere und hintere Kolporrhaphie mit Levatorplastik. Patientin wurde 7 Wochen nach der Entlassung aus der Klinik wieder eingeliefert mit der

Diagnose: Ileus. Temperatur 39,3°, Puls 132 pro Min. Leukocyten 5200. Tags darauf wurde Patientin in die chirurgische Abtlg. des Luitpoldkrankenhauses Würzburg überführt. Die sofort ausgeführte Operation ergab keinen Ileus, sondern eine Perforationsperitonitis durch Entzündung eines Meckelschen Divertikels. In den nächsten Tagen nach der Operation stellten sich heftige Leibschmerzen, Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung ein. Der Tod erfolgte 8 Tage nach der zweiten Operation unter den typischen Zeichen eines Ileus. Die Sektion ergab zu obigem Bild noch eine beginnende Pneunomie.

7. G. Veronika, 53 Jhr. alt, op. nach Sch. Dol. 1924 wegen Retroflexio ut. mob. Gest. 1926. Lt. Mitteilung des Ehemannes: Magenkrebs. Nach der Operation vom Jahre 1924 habe sich seine Frau sehr gut gefühlt.

8. H. Margarete, 44 Jhr. alt, op. 1925 wegen Desc. ut. et vag. Vordere und hintere Plastik, Ventrifixur nach Sch. Dol. Gest. 1926 in der Frauenklinik Würzburg. Lt. Krankengeschichte der septischen Abteilung: Septischer Abort. Die hochfieberhafte Frau verschied einige Stunden nach der Aufnahme unter den Zeichen einer Peritonitis. Die Sektion ergab: Perforierten Uterus, dem 3. Schwangerschaftsmonat entsprechend, Peritonitis diffusa.

9. St. Milda, 38 Jhr. alt, op. 1926 nach Sch. Dol. wegen Retroflexio ut. mob. Gest. 1928. Lt. Mitteilung des behandelnden Arztes: Patientin litt an Tbc. pulmonum. November 1927 Interruptio graviditatis mens III. Januar 1928 Exitus an einer rapid verlaufenden Miliartbc. der Lunge.

10. H. Maria, 40 Jhr. alt, op. Januar 1926 wegen Desc. ut et vag., Hernie inguinalis rechts. Vordere und hintere Plastik. Herniotomie rechts und Alexander-Adams'sche Operation. Gest. Mai 1926. Lt. Mitteilung des Krankenhausarztes in A.: Stärkste Carcinom-Kachexie. Muskel- und Fettgewebe fast vollkommen geschwunden. Gewebe völlig ausgetrocknet. Pulmo: Exsudative Tbc. beider Lungen. In der Magengrube mehrere große Knoten tastbar. Uterus entsprechend Mens VI. Therapie: Sofortige Einleitung einer künstlichen Frühgeburt. Laparotomie: Inoperables Ca. ventriculi. Tbc. des gesamten Dünn- und Dickdarms. Anlegung einer Gastroenterostomia post. Exitus 4 Tage post operationem.

11. R. Antonie, 40 Jhr. alt, op. 1927 wegen Desc. vag. ant. Retrofl. ut., Pelveoperitonitis chronica. Vordere Plastik. Ventrifixur nach Sch.-Dol. Gest. 1928. Lt. Mitteilung des behandelnden Arztes in U.: „Patientin starb an Lungen- und Kehlkopftbc."

Keiner der unter 3 angeführten Todesfälle kann also nachweislich der von uns ausgeführten Ventrifixation zur Last gelegt werden.

Dauerresultate.

A. Dauererfolge nach Ventrifixur bei Retroflexionen.

Ich werde in Tabellen zahlenmäßig und prozentual das Ergebnis meiner Untersuchungen anführen. Eine kurze Beschreibung mag die Angaben in Zahlen ergänzen. Bei der Untersuchung in der Poliklinik wurden nur ganz vorzügliche Resultate mit „sehr gut" und „gut" bewertet. Geringgradige, erneute Lageveränderungen wurden als „mäßiges" anatomisches Resultat angesehen, während ausgesprochene Rezidive des alten Zustandes mit „schlecht" bezeichnet wurden. Die Frauen, deren Angaben auf ein mäßig gutes oder schlechtes Allgemeinbefinden und eine mangelhafte Arbeitsfähigkeit schließen ließen, gaben meist noch weitere Leiden als Grund ihrer Beschwerden an. Ich legte jedoch grundsätzlich bei allen Untersuchungen einen strengen Maßstab an und schrieb die geklagten Beschwerden auf das Konto der von uns ausgeführten Ventrifixuren und Vorfalloperationen.

1. Retroflexio uteri mobilis.

Von den 171 wegen Retroflexio uteri mobilis Operierten antworteten 68 Frauen. Sie konnten nicht nachuntersucht werden.

Funktionelles Resultat.

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.	c) Alex. Ad.
Allgemeinbefinden	sehr gut	42	3	3
	gut	9	—	—
	mäßig	8	—	2
	schlecht	1	—	—
		60	3	5
Arbeitsfähigkeit	sehr gut	42	3	3
	gut	10	—	—
	mäßig	7	—	2
	schlecht	1	—	—
		60	3	5

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.	c) Alex. Ad.
Kreuzschmerzen	ja	23	—	1
	nein	37	3	4
		60	3	5
Periode	regelmäßig	45	3	4
	unregelmäßig	12	—	1
	Menopause	3	—	—
		60	3	5
Schmerzen bei der Periode	gebessert	5	—	—
	nicht gebessert	7	—	1
	beschwerdefrei	45	3	4
	Menopause	3	—	—
		60	3	5
Urteil	zufrieden	52	3	4
	nicht zufrieden	8	—	1
		60	3	5

ad a. (Operation nach Schauta-Doléris).

2 Frauen klagten über hochgradige Nervosität, 2 gaben an herz- und nervenleidend, 1 darmleidend zu sein. 1 Frau hatte starke Schmerzen bei der Kohabitation. Über 2 Frauen erhielt ich Bericht vom Hausarzt, daß seit einiger Zeit ein faustgroßer Adnextumor beiderseits bestehe, einmal in Verbindung mit einer Endocarditis, einmal mit einer Tbc. pulmonum. Die Frau, deren Allgemeinbefinden und Arbeitsfähigkeit schlecht war, ist wegen eines „Magenleidens" Dauerinvalide.

Bei einer Frau, deren subjektives Befinden in jeder Weise vorzüglich ist, wurde 2 Jahre nach der Ventrifixur eine zweite Laparotomie im Städt. Krankenhause Schweinfurt ausgeführt. Die Operation ergab eine diffuse, eitrige Peritonitis, eitrig-belegte Dünndarmschlingen, eitriges Exsudat in der Bauchhöhle. Appendix und Adnexe zeigten keine Entzündungserscheinungen, nur das linke Tubenostium war leicht gerötet. Ein sicherer Ausgangspunkt der Entzündung war nicht zu finden. Die linke Tube wurde entfernt, der Douglas drainiert. Patientin erholte sich rasch und konnte, nachdem sie eine leichte Cystitis rasch überwunden hatte, 6 Wochen nach der Operation entlassen werden.

In einem zweiten Fall teilte uns die Patientin mit, daß sie in der Folgezeit der Operation wegen schmerzhafter Periode, Ausfluß und Kreuzschmerzen bei vier verschiedenen Frauenärzten in Behand-

lung gestanden habe. Die befragten Ärzte teilten mir freundlichst das Untersuchungsprotokoll mit, das übereinstimmend einen kleinen, stark retroflektierten Uterus ergab. Die Beschwerden der schwer arbeitenden Frau wurden als durchaus glaubwürdig bestätigt. Nachdem die konservative Behandlung (Hodgepessar, Rißmann Hebelpessar) versagte, wurde im Juni 1928 in der Privatklinik Dr. Hofbauer, Bamberg, nochmals der Uterus mittels eines suprasymphysären Querschnitts nach der Methode Amann-Doléris ventrifixiert. Das Befinden der Frau sei heute ein mäßig gutes.

Von den 171 wegen Retroflexio uteri mobilis Operierten wurden 68 Frauen nachuntersucht.

1. Funktionelles Resultat.

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.	c) Alex. Ad.
Allgemeinbefinden	sehr gut	30	7	1
	gut	10	1	1
	mäßig	15	1	2
		55	9	4
Arbeitsfähigkeit	sehr gut	29	7	1
	gut	12	1	—
	mäßig	14	1	3
		55	9	4
Kreuzschmerzen	ja	32	4	3
	nein	23	5	1
		55	9	4
Periode	regelmäßig	45	5	3
	unregelmäßig	8	2	1
	Menopause	2	2	—
		55	9	4
Schmerzen bei der Periode	gebessert	26	1	2
	nicht gebessert	4	—	—
	beschwerdefrei	23	6	2
	Menopause	2	2	—
		55	9	4
Urteil	zufrieden	42	9	4
	nicht zufrieden	13	—	—
		55	9	4

2. Anatomisches Resultat.

Operiert nach	a) Sch. Dol.	b) Olsh.	c) Alex. Ad.
sehr gut	31 = 56,3%	5 = 55,6%	2
gut	15 = 27,2%	2 = 22,2%	1
mäßig	6 = 11,0%	2 = 22,2%	1
schlecht	3 = 5,5%	—	—
	55	9	4

ad a. (Operation nach Schauta-Doléris).

Die 3 Fälle mit schlechtem anatomischen Resultate waren Rezidive einer beweglichen Retroflexio uteri. In einem der unter „schlechtem Resultat" angeführten Fälle lag der Uterus dicht dem Rectum auf und ließ sich nicht aufrichten. Es hatte sich eine Retroflexio uteri fixata gebildet. Das Resultat der im Jahre 1923 ausgeführten Operation war bereits mangelhaft. 1925 mußte sich die Frau wegen eines Rezidivs einer zweiten Operation unterziehen, deren Erfolg wiederum ein sehr schlechter war. Es wurde damals in hiesiger Klinik nochmals nach Sch. Dol. ventrifixiert. Die subjektiven Beschwerden gingen allerdings nach der Rezidivoperation bedeutend zurück.

Bei einer anderen Frau war das funktionelle und anatomische Resultat ein tadelloses. Der Uterus lag anteflektiert, das corpus uteri bauchdeckennahe. Einige Monate nach der von uns ausgeführten Operation, hatte die Patientin, wie uns aus der chirurgischen Heilanstalt Dr. Bomhard, Bad Kissingen, mitgeteilt wurde, über immer stärker werdende Schmerzen in der Nabelgegend geklagt. Die dort vorgenommene röntgenologische Untersuchung ergab einen großen Senkmagen mit gehemmter Peristaltik. Auf konservative Mittel hin verschwanden die Beschwerden nicht, sodaß man sich für eine zweite Laparotomie entschied. Es zeigte sich, daß sowohl das Netz als auch ein Stück Jejunum mit der Narbe flächenhaft verwachsen war. Bei der Lösung der Verwachsungen kam man auf einige derbe Stränge, die bis zum Magen führten. Der Uterus selbst lag anteflektiert, „die alte Ventrifixur habe sehr gut gehalten". Nach 8 Tagen konnte die Patientin beschwerdefrei entlassen werden. — In einem weiteren Fall war das Allgemeinbefinden und die Arbeitsfähigkeit mäßig, das anatomische Resultat ein gutes: Uterus anteflektiert, gut beweglich, kleines Becken frei. Hier war 5 Jahre nach der von uns ausgeführten Operation in der Privatklinik Dr. Veit Würzburg ein Ovarialtumor entfernt worden.

Bei unseren Untersuchungen konnten weiter einige unwesentliche Genitalveränderungen festgestellt werden, die nur teilweise in einem Zusammenhang mit unserer Operation standen. Sie machten den Frauen nicht die geringsten Beschwerden, störten weder das allgemeine Wohlbefinden, noch bildeten sie ein Arbeitshindernis. Die leichten Störungen wurden nur in 2 Fällen (Umbilicalhernien) von den betreffenden Patientinnen bemerkt. Es wurde von uns festgestellt:

3 mal ganz geringer Descensus der vorderen Vaginalwand,
7 mal ganz geringer Descensus beider Vaginalwände, einmal vergesellschaftet mit einem Uterus myomatosus, einmal mit einer ganz kleinen Umbilicalhernie.
2 mal mäßige Rectusdiastase und geringe Leistenhernie,
1 mal kirschgroße, reponible Umbilicalhernie.

ad b. (Operation nach Olshausen).

Die beiden mäßigen anatomischen Resultate sind durch eine erneute Retroflexio bedingt.

Bei einer Frau fand sich ein geringer Descensus der hinteren Vaginalwand, bei einer zweiten ein kleiner Adnextumor und ein subseröses Myom, bei einer weiteren Frau ein maligner Ovarialtumor (Adenocarcinom).

ad c. (Operation nach Alexander-Adams).

Anatomisches Resultat mäßig: Es hatte sich ein Vorfall der hinteren Scheidenwand gebildet. Uterus lag anteflektiert. Eine Frau kam zur Nachuntersuchung mit einer Endometritis post abortum. Sie wurde in stationärer Behandlung behalten und 4 Wochen später völlig beschwerdefrei entlassen.

Insgesamt haben wir also von den 171 wegen einer Retroflexio uteri mobilis operierten Frauen 136 verwertbare Antworten erhalten; 68 Frauen kamen zur Nachuntersuchung in die Klinik, 68 beantworteten den Fragebogen schriftlich. Aus diesen 136 Antworten ergibt sich das folgende funktionelle Resultat:

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.
Allgemeinbefinden	sehr gut	72 = 62,6%	10 = 83,4%
	gut	19 = 16,5%	1 = 8,3%
	mäßig	23 = 20,0%	1 = 8,3%
	schlecht	1 = 0,9%	—

Arbeitsfähigkeit	sehr gut	71 = 61,7%	10 = 83,4%
	gut	22 = 18,3%	1 = 8,3%
	mäßig	21 = 19,1%	1 = 8,3%
	schlecht	1 = 0,9%	—
Kreuzschmerzen	ja	55 = 47,8%	4 = 33,3%
	nein	60 = 52,2%	8 = 66,7%
Periode	regelmäßig	90 = 78,2%	8 = 66,6%
	unregelmäßig	20 = 17,4%	2 = 16,7%
	Menopause	5 = 4,4%	2 = 16,7%
Schmerzen bei der Periode	gebessert	31 = 27,0%	1 = 8,3%
	nicht gebessert	11 = 9,6%	—
	beschwerdefrei	68 = 59,1%	9 = 75,0%
	Menopause	5 = 4,3%	2 = 16,7%
Urteil	zufrieden	94 = 81,7%	12=100,0%
	nicht zufrieden	21 = 18,3%	—

Im Anschluß an die Operation ist keine Patientin gestorben. Dagegen starben im Verlaufe von $7^1/_2$ Jahren 5 Frauen. Der Tod erfolgte bei sämtlichen ohne ursächlichen Zusammenhang mit der Ventrifixur. (S. Abschnitt „Todesfälle“ 3, Nr. 1, 2, 4, 6, 8.)

Gravid wurden 43 Frauen und zwar	28 Frauen	1 mal
	11 „	2 „
	3 „	3 „
	1 Frau	5 „

Es erfolgten 48 Geburten, 9 Aborte, 2 mal wurde die Interruptio graviditatis wegen Tbc. pulmonum eingeleitet. Z. Zt. gravid sind 6 Frauen.

2. Retroflexio uteri fixata.

Von den 47 wegen Retroflexio uteri fixata Operierten antworteten 22 Frauen. Sie konnten nicht nachuntersucht werden.

Funktionelles Resultat.

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.
Allgemeinbefinden	sehr gut	5	8
	gut	4	1
	mäßig	3	1
		12	10
Arbeitsfähigkeit	sehr gut	5	8
	gut	5	1
	mäßig	2	1
		12	10

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.
Kreuzschmerzen	ja	7	2
	nein	5	8
		12	10
Periode	regelmäßig	10	9
	unregelmäßig	2	1
		12	10
Schmerzen bei der Periode	gebessert	4	1
	nicht gebessert	2	1
	beschwerdefrei	6	8
		12	10
Urteil	zufrieden	10	10
	nicht zufrieden	2	—
		12	10

ad a. (Operation nach Schauta-Doléris).

Eine Patientin gab an, stark nervenleidend zu sein. Das Allgemeinbefinden war mäßig gut. Nur leichtere Hausarbeiten könnten verrichtet werden. In einem anderen Falle waren die Klagen durch eine chronische Entzündung der gesamten Harnwege bedingt, deretwegen die Patientin bereits zweimal in der medizinischen Abteilung des hiesigen Luitpoldkrankenhauses gelegen war. Bei einer Frau wurde 2 Jahre nach der Ventrifixur eine Gallensteinoperation vorgenommen. Die Frau ist heute völlig beschwerdefrei.

ad. b. (Operation nach Olshausen).

Die Frau mit mäßigem Wohlbefinden wurde wegen einer chronischen Cysto-Pyelitis in der chirurgischen Abteilung des Luitpold-Krankenhauses Würzburg nochmals operiert. Die linke Niere wurde entfernt. Der Verdacht auf eine Tuberkulose der Niere (bei bestehender Tbc. pulmonum) konnte pathologisch-histologisch nicht bestätigt werden. Eine weitere Patientin klagte über vermehrte Unterleibsschmerzen nach der Operation. Es wurde deshalb in einer auswärtigen Krankenanstalt eine zweite Laparotomie gemacht, die eine Pyosalpinx rechts, und Hydrosalpinx links ergeben habe. Der Uterus lag anteflektiert und war beweglich.

Von den 47 wegen Retroflexio uteri fixata Operierten wurden 19 Frauen nachuntersucht.

1. Funktionelles Resultat.

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.
Allgemeinbefinden	sehr gut	5	5
	gut	2	3
	mäßig	1	2
	schlecht	—	1
		8	11
Arbeitsfähigkeit	sehr gut	5	5
	gut	2	3
	mäßig	1	2
	schlecht	—	1
		8	11
Kreuzschmerzen	ja	5	6
	nein	3	5
		8	11
Periode	regelmäßig	6	10
	unregelmäßig	2	—
	Menopause	—	1
		8	11
Schmerzen bei der Periode	gebessert	2	5
	nicht gebessert	—	2
	beschwerdefrei	6	3
	Menopause	—	1
		8	11
Urteil	zufrieden	7	8
	nicht zufrieden	1	3
		8	11

2. Anatomisches Resultat.

Operiert nach	a) Sch. Dol.	b) Olsh.
sehr gut	3 = 37,5%	4 = 36,4%
gut	3 = 37,5%	4 = 36,4%
schlecht	2 = 25,0%	3 = 27,2%
	8	11

ad. a. (Operation nach Schauta-Doléris).

In 2 Fällen hat sich ein Rezidiv gebildet. Trotzdem waren die Frauen völlig beschwerdefrei und mit dem Ergebnis der Operation zufrieden. Das anatomische Resultat war schlecht. In 2 weiteren Fällen fand sich ein geringer Descensus der hinteren Vaginalwand. In einem Falle fand sich ein Descensus vag. post. mit einem Uterus myomatosus Die 3 Frauen gaben keinerlei Beschwerden an.

ad. b. (Operation nach Olshausen).

3 Rezidivfälle mit mangelhaftem funktionellen Resultat sind zu verzeichnen. In einem dieser Fälle mußte sich die Patientin später einer zweiten Operation in unserer Klinik wegen eines Ovarialtumors (Teercyste) unterziehen. Die Frau ist heute nur zu leichten Hausarbeiten fähig. Das anatomische Resultat war schlecht. Es besteht heute eine Retroflexio uteri partim fixata. Ferner wurde einmal über die stärksten subjektiven Beschwerden, wie Harndrang, chronische Obstipation geklagt. Das anatomische Resultat war vorzüglich. Einige weitere beobachtete Genitalveränderungen machten den betreffenden Frauen keine nennenswerten Beschwerden. Es fanden sich:

1 mal ein geringer Descensus der vorderen Vaginalwand mit einer elongatio cervicis.

1 mal ein unbedeutender Descensus der vorderen Vaginalwand mit Fluor albus.

2 mal war die vordere und hintere Vaginalwand mäßig descendiert.

Insgesamt haben wir also von den 47 wegen einer Retroflexio uteri fixata operierten Frauen 41 verwertbare Antworten erhalten; 19 Frauen kamen zur Nachuntersuchung in die Klinik, 22 Frauen beantworteten den Fragebogen schriftlich. Aus diesen 41 Antworten ergibt sich das folgende funktionelle Resultat:

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.
Allgemeinbefinden	sehr gut	10 = 50,0%	13 = 61,9%
	gut	6 = 30,0%	4 = 19,0%
	mäßig	4 = 20,0%	3 = 14,3%
	schlecht	—	1 = 4,8%
Arbeitsfähigkeit	sehr gut	10 = 50,0%	13 = 61,9%
	gut	7 = 35,0%	4 = 19,0%
	mäßig	3 = 15,0%	3 = 14,3%
	schlecht	—	1 = 4,8%
Kreuzschmerzen	ja	12 = 60,0%	8 = 38,1%
	nein	8 = 40,0%	13 = 61,9%
Periode	regelmäßig	16 = 80,0%	19 = 90,4%
	unregelmäßig	4 = 20,0%	1 = 4,8%
	Menopause	—	1 = 4,8%
Schmerzen bei der Periode	gebessert	6 = 30,0%	6 = 28,6%
	nicht gebessert	2 = 10,0%	3 = 14,3%
	beschwerdefrei	12 = 60,0%	11 = 52,3%
	Menopause	—	1 = 4,8%
Urteil	zufrieden	17 = 85,0%	18 = 85,7%
	nicht zufrieden	3 = 15,0%	3 = 14,3%

Eine Frau starb sofort im Anschluß an die Operation. (Siehe Todesfälle 1, 1).

Gravid wurden 14 Frauen, und zwar 10 Frauen 1 mal
4 Frauen 2 mal

Erfolgt sind 17 Geburten und 1 Abort.

3. Retroflexio uteri und Adnexerkrankung.

Bei 55 Frauen wurde anläßlich einer wegen einer Erkrankung der Adnexe (Ovarialtumor, Tubentumor, Tubargravidität, Pyosalpinx, Hydrosalpinx etc.) notwendig gewordenen Laparotomie gleichzeitig der retroflektiert liegende Uterus fixiert. Es bildete also bei den meisten Fällen dieser Gruppe nicht die Retroflexio uteri die Indikation zur Operation, sondern die bestehende Adnexerkrankung. In einigen Fällen wurde die Operation wegen der Retroflexio uteri beschlossen; bei dieser fand sich dann auch eine Erkrankung der Adnexe, die dann gleichzeitig operativ angegangen wurde.

Von den 55 Frauen antworteten 29 Frauen; sie konnten nicht nachuntersucht werden.

Funktionelles Resultat.

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.	c) Menge
Allgemeinbefinden	sehr gut	15	8	—
	gut	3	—	—
	mäßig	1	1	1
		19	9	1
Arbeitsfähigkeit	sehr gut	15	8	—
	gut	3	—	—
	mäßig	1	1	1
		19	9	1
Kreuzschmerzen	ja	5	3	1
	nein	14	6	—
		19	9	1
Periode	regelmäßig	15	3	1
	unregelmäßig	1	1	—
	Menopause	3	5	—
		19	9	1
Schmerzen bei der Periode	gebessert	3	1	—
	nicht gebessert	1	1	1
	beschwerdefrei	12	2	—
	Menopause	3	5	—
		19	9	1

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.	c) Menge
Urteil	zufrieden	19	8	—
	nicht zufrieden	—	1	1
		19	9	1

ad. a. (Operation nach Schauta-Doléris).

In einem Falle war im Jahre 1908 wegen eines Prolapses des Uterus nach der Methode Olshausen ventrifixiert worden. Die Patientin kam 1926 nochmals zur Operation wegen ihrer starken Beschwerden, die Verwachsungen vermuten ließen. Bei der Operation zeigten sich tatsächlich ausgedehnte Verwachsungen des Peritoneums mit dem großen Netz und den Dünndarmschlingen. Die rechte Tube war wallnußgroß aufgetrieben, im Douglas fand sich flüssiges Blut. Es wurden die rechten Adnexe extirpiert und dann eine Ventrifixur nach Schauta-Doléris angeschlossen.

ad. c. (Operation nach Menge).

Die Raffung der Ligamente nach Menge sei der Vollständigkeit halber angeführt.

Von den 55 wegen Retroflexio uteri und gleichzeitiger Adnexerkrankung Operierten wurden 16 Frauen nachuntersucht.

1. Funktionelles Resultat.

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.	c) Menge
Allgemeinbefinden	sehr gut	3	5	1
	gut	1	1	—
	mäßig	1	4	—
		5	10	1
Arbeitsfähigkeit	sehr gut	3	5	1
	gut	1	1	—
	mäßig	1	4	—
		5	10	1
Kreuzschmerzen	ja	—	6	—
	nein	5	4	1
		5	10	1
Periode	regelmäßig	3	7	—
	unregelmäßig	2	2	—
	Menopause	—	1	1
		5	10	1

Schmerzen bei der Periode	gebessert	1	3	—
	nicht gebessert	—	—	—
	beschwerdefrei	4	6	—
	Menopause	—	1	1
		5	10	1
Urteil	zufrieden	4	8	1
	nicht zufrieden	1	2	—
		5	10	1

2. Anatomisches Resultat.

Operiert nach	a) Sch. Dol.	b) Olsh.	c) Menge
sehr gut	4 = 80%	6 = 60%	—
gut	1 = 20%	3 = 30%	—
mäßig	—	—	—
schlecht	—	1 = 10%	1
	5	10	1

ad. a. (Operation nach Schauta-Doléris).

Eine Patientin wurde 2 Jahre nach der Ventrifixur hier zum 2. Male wegen Verwachsungsbeschwerden operiert. Die Bauchdekken waren äußerst fettreich. Das Netz war breit mit der alten Narbe verwachsen, ebenso die ligamenta rotunda. Die Verwachsungen wurden gelöst und gleichzeitig ein mandarinengroßer, cystischer Ovarialtumor entfernt. Bei der jetzigen Nachuntersuchung zeigte die Patientin ein blühendes Aussehen; das anatomische Resultat der Operation war ein vorzügliches. Im Gegensatz dazu standen die zweifellos übertriebenen Beschwerden der Frau, die wohl einer Rente wegen so starke Beschwerden vorbrachte.

ad. b. (Operation nach Olshausen).

Ein Untersuchung ergab ein sehr schlechtes Resultat: Der Uterus lag tief retroflektiert, die vordere Vaginalwand war prolapiert. — Bei 2 Frauen war ein ganz mäßiger Descensus der vorderen und hinteren Vaginalwand festzustellen, der keine Beschwerden verursachte.

ad. c. (Operation nach Menge).

Trotz des sehr schlechten anatomischen Resultates — es wurde bei der Nachuntersuchung eine Retroflexio uteri, sowie ein ausgedehnter Scheidenprolaps festgestellt — war das subjektive Wohlbefinden ein vorzügliches. Die Frau gab an, voll arbeitsfähig zu sein.

Insgesamt haben wir also von den 55 wegen einer Retroflexio uteri und gleichzeitigen Adnexerkrankung operierten Frauen 45 verwertbare Antworten erhalten; 16 Frauen kamen zur Nachuntersuchung in die Klinik, 29 Frauen beantworteten den Fragebogen schriftlich. Aus diesen 45 Antworten ergibt sich das folgende funktionelle Resultat:

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.
Allgemeinbefinden	sehr gut	18 = 75,0%	13 = 68,4%
	gut	4 = 16,7%	1 = 5,3%
	mäßig	2 = 8,3%	5 = 26,3%
Arbeitsfähigkeit	sehr gut	18 = 75,0%	13 = 68,4%
	gut	4 = 16,7%	1 = 5,3%
	mäßig	2 = 8,3%	5 = 26,3%
Kreuzschmerzen	ja	5 = 20,8%	9 = 47,4%
	nein	19 = 79,2%	10 = 52,6%
Periode	regelmäßig	18 = 75,0%	10 = 52,6%
	unregelmäßig	3 = 12,5%	3 = 15,8%
	Menopause	3 = 12,5%	6 = 31,6%
Schmerzen bei der Periode	gebessert	4 = 16,7%	4 = 21,0%
	nicht gebessert	1 = 4,2%	1 = 5,3%
	beschwerdefrei	16 = 66,6%	8 = 42,1%
	Menopause	3 = 12,5%	6 = 31,6%
Urteil	zufrieden	23 = 95,8%	16 = 84,2%
	nicht zufrieden	1 = 4,2%	3 = 15,8%

Gravid wurden 8 Frauen und zwar 4 Frauen 1 mal
3 Frauen 2 mal
1 Frau 3 mal

Erfolgt sind: 10 Geburten, 3 Aborte.

B. Dauererfolge nach Ventrifixur bei Prolaps mit Beteiligung des Uterus.

Die hier gefundenen Resultate können nicht in Zusammenhang mit den früher angegebenen Werten gebracht werden. Das bedeutend schlechtere Heilergebnis ist nicht so sehr auf das Konto der Ventrifixur als auf das der plastischen Operation zu setzen. Diese hat häufig ihren Zweck versagt, während der Uterus eine gute anatomische Lage einnahm. Ich habe deshalb das funktionelle und anatomische Resultat der wegen Prolaps mit Beteiligung des Uterus Operierten beim Schlußurteil über die Dauererfolge nach Ventrifixur nicht berücksichtigt.

Von den 215 wegen Prolaps mit Beteiligung des Uterus Operierten antworteten 77 Frauen. Sie konnten nicht nachuntersucht werden.

Funktionelles Resultat.

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.	c) Al. Ad.	d) Kocher[1])
Allgemeinbefinden	sehr gut	45	10	4	1
	gut	5	—	2	—
	mäßig	9	—	—	—
	schlecht	1	—	—	—
		60	10	6	1
Arbeitsfähigkeit	sehr gut	46	10	4	1
	gut	5	—	2	—
	mäßig	8	—	—	—
	schlecht	1	—	—	—
		60	10	6	1
Kreuzschmerzen	ja	13	1	—	—
	nein	47	9	6	1
		60	10	6	1
Periode	regelmäßig	31	9	4	—
	unregelmäßig	4	—	—	—
	Menopause	25	1	2	1
		60	10	6	1
Schmerzen bei der Periode	gebessert	6	1	—	—
	nicht gebessert	1	—	—	—
	beschwerdefrei	28	8	4	—
	Menopause	25	1	2	1
		60	10	6	1
Urteil	zufrieden	55	10	6	1
	nicht zufrieden	5	—	—	—
		60	10	6	1

ad. a. (Operation nach Schauta-Doléris).

Aus einer Antwort war zu entnehmen, daß das Operationsresultat ein schlechtes war. Der behandelnde Arzt teilte mir mit, daß bei der Patientin eine starke Cystocele und Rectocele, eine Retroflexio uteri mäßigen Grades sowie eine Ischurie bestehe. Die Beschwerden seien dem Befund entsprechend heftig. — 3 Patientinnen mußten sich einer Rezidivoperation unterziehen und sind daraufhin beschwerdefrei geworden. Bei einer Frau bestanden gleichzeitig

[1]) Es wurde die Exohysteropexie nach Kocher ausgeführt.

Netzverwachsungen, sowie eine Diastase recti. Näheres konnte ich nicht in Erfahrung bringen. In einem Fall wird über ein Rezidiv geklagt bei mäßig gutem Allgemeinbefinden und Arbeitsvermögen. — Eine Frau teilt mit, sie habe während der letzten 8 Wochen ihrer Schwangerschaft einen Ring getragen. Nach dem Wochenbett sei der Vorfall nicht mehr vorhanden gewesen.

ad. c. (Operation nach Alexander-Adams).

Eine Frau bekam wieder einen Vorfall, der ihr aber keine besonderen Beschwerden mehr machte.

Von den 215 wegen Prolaps mit Beteiligung des Uterus Operierten wurden 96 Frauen nachuntersucht.

1. Funktionelles Resultat.

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.	c) Alex. Ad.
Allgemeinbefinden	sehr gut	61	6	1
	gut	11	—	—
	mäßig	11	2	2
	schlecht	2	—	—
		85	8	3
Arbeitsfähigkeit	sehr gut	61	6	1
	gut	10	—	—
	mäßig	12	2	2
	schlecht	2	—	—
		85	8	3
Kreuzschmerzen	ja	23	3	1
	nein	62	5	2
		85	8	3
Periode	regelmäßig	47	6	2
	unregelmäßig	7	1	—
	Menopause	31	1	1
		85	8	3
Schmerzen bei der Periode	gebessert	15	1	—
	nicht gebessert	—	—	—
	beschwerdefrei	39	6	2
	Menopause	31	1	1
		85	8	3
Urteil	zufrieden	75	7	1
	nicht zufrieden	10	1	2
		85	8	3

2. Anatomisches Resultat.

Operiert nach	a) Sch. Dol.	b) Olsh.	c) Alex. Ad.
sehr gut	47 = 55,2%	4 = 50,0%	—
gut	24 = 28,3%	1 = 12,5%	2
mäßig	4 = 4,7%	3 = 37,5%	1
schlecht	10 = 11,8%	—	—
	85	8	3

ad. a. (Operation nach Schauta-Doléris).

Die Nachuntersuchung von 85 Patientinnen ergab 10 schlechte Resultate, die man als Rezidive bezw. „Teilrezidive“ bezeichnen muß; in einigen Fällen war das Resultat der Kolporrhaphie ein schlechtes, während das Resultat der Ventrifixur als gut angesehen werden mußte.

Es wurde beobachtet:

1 fast faustgroße, mächtig hypertrophierte und elongierte Cervix. Funktionelles Resultat mäßig.

1 Descensus uteri et Prol. vag. post. mit Retroflexio uteri fixata. Funktionelles Resultat mäßig.

1 Prol. vag. ant., doppelfaustgroße Narbenhernie, Retroversioflexio uteri. Funktionelles Resultat gut.

1 Prol. vag. ant., Hernie umbilicalis, Funktionelles Resultat gut.

1 Prol. vag. ant., Retroflexio uteri fixata. Funktionelles Resultat mäßig.

1 großer Prolaps der vorderen Scheidenwand mit Cystocele. Patientin trägt Pessar. Funktionelles Resultat schlecht.

1 Descensus uteri et vag., Elongatio colli, Cystocele, Rectocele. Funktionelles Resultat gut.

1 mäßiger Descensus vag., Cystocele, Retroflexio ut. mob. Incontinentia vesicae. Funktionelles Resultat gut.

1 überfaustgroße Narbenhernie. Der Uterus liegt in Hühnereigröße vor der Vulva. An seiner narbigen Vorderwand bemerkt man eine gut kirschgroße, unter der früheren operativen Raffstelle der Cystocele vorquellende „Blasenhernie“, die 2 cm oberhalb der Portio liegt.

In einem Fall bildete sich eine Blasen-Scheidenfistel in der Gegend des vorderen Scheidengewölbes; die Fistel ließ sich nur mit großer Schwierigkeit durch eine nochmalige Operation beseitigen.

Sie war bei der Nachuntersuchung ausgeheilt, doch bestand ein Descensus der hinteren Scheidenwand. Die Frau klagte über Verdauungsbeschwerden, Mennorrhagien und schlechtes Allgemeinbefinden.

Die 4 mäßigen Resultate stellen sich zusammen aus einem Prolaps der vorderen Vaginalwand mit Cystocele und Portioerosion, einem Prolaps der vorderen und hinteren Vaginalwand, einer Retroflexio uteri mobilis mit geringer Rektusdiastase, und einer Elongatio cervicis. Die funktionellen Resultate waren in allen Fällen sehr gut.

Erwähnen möchte ich noch, daß bei den Nachuntersuchungen noch einige Veränderungen ganz geringen Grades gefunden wurden, die man noch als gutes anatomisches Heilresultat ansehen darf. Der krankhafte Zustand war den Frauen meist nicht bekannt und verursachte keinerlei Berufsstörungen: Es handelte sich in 6 Fällen um einen Desc. vag. ant., in einem Fall um einen Desc. vag. post., in 7 Fällen um einen Desc. vag. ant. et post., 3 mal mit Rektusdiastase und in 3 Fällen um einen Narbenbruch.

ad. b. (Operation nach Olshausen).

Das anatomische Resultat dreier Fälle war mäßig: 1 mal Rektusdiastase mit Narbenbruch, 2 mal Prolaps der vorderen Vaginalwand, in einem Falle mit Ischurie und mäßiger Rectusdiastase, mäßigem funktionellen Erfolge. In den übrigen Fällen wurde über keine Beschwerden geklagt.

ad. c. (Operation nach Alexander-Adams).

Resultat mäßig: Es bestand ein Descensus beider Vaginalwände.

Insgesamt haben wir also von den 215 wegen Prolaps mit Beteiligung des Uterus operierten Frauen 173 verwertbare Antworten erhalten; 96 Frauen kamen zur Nachuntersuchung in die Klinik, 77 Frauen beantworteten den Fragebogen schriftlich. Aus diesen 173 Antworten ergibt sich das folgende funktionelle Resultat:

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.
Allgemeinbefinden	sehr gut	106 = 73,2%	16 = 88,9%
	gut	16 = 11,0%	—
	mäßig	20 = 13,8%	2 = 11,1%
	schlecht	3 = 2,0%	—
Arbeitsfähigkeit	sehr gut	107 = 73,8%	16 = 88.9%
	gut	15 = 10,4%	—
	mäßig	20 = 13,8%	2 = 11,1%
	schlecht	3 = 2,0%	—

Operiert nach		a) Sch. Dol.	b) Olsh.
Kreuzschmerzen	ja	36 = 24,8%	4 = 22,2%
	nein	109 = 75,2%	14 = 77,8%
Periode	regelmäßig	78 = 53,8%	15 = 83,3%
	unregelmäßig	11 = 7,6%	1 = 5,6%
	Menopause	56 = 38,6%	2 = 11,1%
Schmerzen bei der Periode	gebessert	21 = 14,5%	2 = 11,1%
	nicht gebessert	1 = 0,7%	—
	beschwerdefrei	67 = 46,2%	14 = 77,8%
	Menopause	56 = 38,6%	2 = 11,1%
Urteil	zufrieden	130 = 89,7%	17 = 94,4%
	nicht zufrieden	15 = 10,3%	1 = 5,6%

Zusammenfassend ergibt sich für die Ventrifixur nach Schauta-Doléris, ausgeführt bei Prolaps und gleichzeitiger Beteiligung des Uterus:

Ein anatomisch einwandfreies Resultat von 83,5 %

Ein funktionelles „ „ „ 89,7 %

Die Ventrifixur nach Olshausen-Hofmeier bei Prolaps und Beteiligung des Uterus ergibt:

Ein anatomisch gutes Resultat von 62,5 %

Ein funktionelles gutes Resultat von 94,4 %

Gestorben sind im Anschluß an die Operation 6 Frauen. (Siehe Todesfälle 1, Nr. 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Gestorben sind längere Zeit nach der Operation in ursächlichem Zusammenhang mit derselben 2 Frauen. Siehe Todesfälle 2, Nr. 1).

Gestorben sind längere Zeit nach der Operation ohne ursächlichen Zusammenhang mit derselben: 5 Frauen. (Siehe Todesfälle 3, Nr. 3, 5, 6, 7, 9, 10).

Gravid wurden 39 Frauen und zwar 27 Frauen 1 mal
9 Frauen 2 mal
3 Frauen 3 mal

Erfolgt sind 40 Geburten, 9 Aborte. Gravid sind z. Zt. 5 Frauen.

Ileusfälle.

Wie ich bereits erwähnte, wird vielfach behauptet, daß ein Nachteil der Ventrifixur darin bestehe, daß es als Folge der Operation häufig zu einem Ileus komme. Tatsächlich muß diese Gefahr zugegeben werden, da sich Darmschlingen in dem zwischen den Anhaftungsstellen der ligamenta rotunda sich bildenden Raum verfangen können. Die Vernähung des Peritoneum parietale mit der vorderen Fläche des Uterus soll die Gefahr des Ileus zwar verringern. Hastrup (Ztbl. f. Gyn. 1921, 15) hat eine Reihe von Darmeinklemmungen dieser Art aus der Literatur aufgezählt.

Bei unseren Patientinnen wurde die Beobachtung, daß sich Darmschlingen zwischen Uterus und Bauchwand einklemmten, nie gemacht. Jedoch muß ich über 4 Fälle von Ileus berichten, die als Folge ausgedehnter, strangartiger Verwachsungen entstanden sind. Durch die Strangbildung kam es zu Darmabschnürung und damit zum Ileus, wie er auch bei anderen Laparotomien (Appendektomie) vorkommt.

1. M. Antonie, 44 Jhr. alt, operiert 1922 wegen Retroflexio uteri fixata nach Olshausen. Heilung p. p. Gerade 1 Monat nach Entlassung aus der Klinik wurde Patientin wieder eingeliefert mit der Diagnose Ileus. Die klassischen Ileussymptome waren vorhanden. Es wurde sofort ein Glycerinklysma angeordnet, das in diesem Falle allein schon genügte, die Erscheinungen zum Abklingen zu bringen. Es wurde daher von einer Operation abgesehen. Nach weiteren 8 Tagen wurde Patientin geheilt aus der Klinik entlassen. Jetzt, 7 Jahre nach ausgeführter Operation, teilt uns Patientin mit, daß sie völlig beschwerdefrei und mit dem Erfolg der Operation sehr zufrieden sei.

2. G. Berta, 28 Jhr. alt, operiert 1923 wegen Retroflexio uteri mob. nach Sch. Dol. 14 Tage nach der Operation wurde die Patientin in die chirurgische Abteilung des Luitpoldkrankenhauses Würzburg mit der Diagnose Ileus gebracht. Die sofort ausgeführte Operation ergab eine mäßige Menge klarer Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Der Dünndarm war gebläht, das Netz in der Appendixgegend mit 2 Strängen verwachsen, die durch-

trennt wurden. Ungefähr in der Mitte des Dünndarms war eine Schlinge stark gebläht und gerötet. Eine etwa streichholzdicke, strangartige Verwachsung zwischen 2 Schlingen schnürte den Darm ab, der um diesen Umschnürungsstrang gedreht war. Histologisch fand sich im Verwachsungsstrang glatte Muskulatur. Die Heilung erfolgte ohne Störung.

3. S. Blandine, 47 Jhr. alt, operiert 1924, wegen Retroflexio ut. mob., desc. ut. et vag. Es wurde vordere und hintere Plastik, sowie Ventrifixur nach Sch. Dol. gemacht. Die Primärheilung war gut. 9 Monate nach der Operation kam die Patientin ins Juliusspital Würzburg wegen Darmverschlingung. Lt. Mitteilung des leitenden Arztes wurde wegen eines chronischen Ileus operiert. Derselbe war angeblich bedingt durch pertonitische Verwachsungen, herrührend von der Laparotomie bei der Ventrifixur. Es handelte sich also wohl um einen Strangulationsileus. Die Heilung erfolgte ohne Besonderheiten. In den nächsten Jahren sei die Patientin noch einige Male wegen Darmbeschwerden in oben erwähnter Anstalt zur Behandlung gewesen. Die Patientin, die jetzt 51 Jahre alt ist, kam im Dezember 1928 zur Nachuntersuchung. Es konnte folgendes festgestellt werden: Das Allgemeinbefinden war nicht befriedigend; sie klagte über starke Kreuzschmerzen und könne nur leichte Hausarbeiten verrichten. Wegen klimakterischer Beschwerden (Blutungen usw.) wurde Patientin vor 9 Jahren bestrahlt und ist seither amenorrhoisch. Das anatomische Resultat der Operation war ganz vorzüglich. Die von der Patientin geklagten Beschwerden scheinen in keinem Zusammenhang mit den Genitalorganen zu stehen. Im übrigen machte die Patientin einen sehr nervösen Eindruck.

4. R. Sophie, 43 Jhr. alt, operiert 1925 wegen Retroflexio uteri mob., desc. vag. post. und alten Dammrisses mäßigen Grades. Es wurde eine Kolpoperineoplastik, sowie eine Ventrifixur nach Sch. Dol. ausgeführt. 3 Monate nach der Operation wurde die Patientin wegen „Darmverschluß“ in ein Krankenhaus zur Operation eingeliefert. Es bestand Ileus infolge zahlreicher Verwachsungen des Ileums mit der Bauchwand und mit anderen Darmschlingen. Nach Lösung derselben wurde ein Anus praeternaturalis angelegt. 6 Tage nach der Operation erfolgte der Exitus letalis infolge Atonie des Darmes und Herzschwäche. (Siehe Verzeichnis der Todesfälle Nr. 2, 1. S. 16).

Die 4 von mir angeführten Ileusfälle ergeben bei meinem Material von 414 Operierten eine Häufigkeit von 0,96 %, wobei erwähnt werden muß, daß es sich in einem Falle nur um sehr rasch wieder abklingende ileusartige Erscheinungen handelte, die keine Relaparotomie notwendig machten.

Eine zusammenfassende Tabelle gibt am besten eine Übersicht über die gewonnenen Resultate. Ich machte das funktionelle Resultat abhängig von der Antwort auf meine an die operierten Frauen gestellte Frage: Sind Sie mit dem Erfolg der Operation zufrieden? Die Antworten mit „ja" betrachtete ich als funktionell gutes, die mit „nein" als funktionell schlechtes Resultat. Das anatomische Resultat habe ich in der Tabelle dann als „gut" bezeichnet, wenn es bei der Nachuntersuchung in der Poliklinik mit „sehr gut" und „gut" bewertet worden war; es wurde in der Tabelle dann als „schlecht" bezeichnet, wenn es in der Poliklinik mit „mäßig" und „schlecht" bewertet worden war.

1. Ventrifixur nach Schauta-Doléris.

dikation	Zahl d. operierten Frauen	Primäre Todesfälle	Fragebogen schriftlich beantwortet	Funktionelles Resultat: gut	Funktionelles Resultat: schlecht	Nachuntersuchte	Funktionelles Resultat: gut	Funktionelles Resultat: schlecht	Anatomisches Resultat (mit %): gut	Anatomisches Resultat (mit %): schlecht	Funktionelles Resultat aller nachkontrollierten Fälle: (mit %): gut	Funktionelles Resultat aller nachkontrollierten Fälle: (mit %): schlecht	Ileusfälle	Todesfälle: in ursächl. Zus.hg. m. d. Operation	Todesfälle: ohne ursächl. Zus.hg. m. d. Operation
rofl. ut. mob.	140	–	60	52	8	55	42	13	46≈ 83%	9≈16,5%	94≈81,7%	21≈18,3%	1	–	3
rofl. ut. fixata	21	–	12	10	2	8	7	1	6≈ 75%	2≈25%	17≈85%	3≈15%	–	–	–
rofl. ut. m. nexerkr.	28	–	19	19	–	5	4	1	5≈100%	–	23≈95,8%	1≈ 4,2%	–	–	–
laps mit eilig.d.Ut.	179	6	60	55	5	85	75	10	71≈83,5%	14≈16,5%	130≈89,7%	15≈10,3%	2	1	5

2. Ventrifixur nach Olshausen-Hofmeier.

Indikation	Zahl d. operierten Frauen	Primäre Todesfälle	Fragebogen schriftlich beantwortet	Funktionelles Resultat: gut	Funktionelles Resultat: schlecht	Nachuntersuchte	Funktionelles Resultat: gut	Funktionelles Resultat: schlecht	Anatomisches Resultat (mit %): gut	Anatomisches Resultat (mit %): schlecht	Funktionelles Resultat aller nachkontrollierten Fälle: (mit %): gut	Funktionelles Resultat aller nachkontrollierten Fälle: (mit %): schlecht	Ileusfälle	Todesfälle: in ursächl. Zus.hg. m. d. Operation	Todesfälle: ohne ursächl. Zus.-hg. m. d. Operation
A.															
Retrofl. ut. mob.	20	–	3	3	–	9	9	–	7=77,8%	2=22,2%	12=100%	–	–	–	2
Retrofl ut. fixata	26	1	10	10	–	11	8	3	8=72,8%	3=27,2%	18=85,7%	3=14,3%	1	–	–
Retrofl. ut. m. Adnexerkr.	25	–	9	8	–	10	8	2	8=90%	1=10%	16=84,2%	3=15,8%	–	–	–
B.															
Prolaps mit Beteilig.d.Ut.	22	–	10	10	–	8	7	1	5=62,5%	3=37,5%	17=94,4%	1= 5,6%	–	–	–

Fasse ich das Ergebnis meiner Nachforschungen zusammen, wobei aus dem oben erwähnten Grunde die wegen Prolaps mit Beteiligung des Uterus ausgeführten Operationen hier unberücksichtigt bleiben sollen, so finden sich bei strengster Kritik folgende Dauerresultate:

Bei der Ventrifixur nach Schauta-Doléris
ein anatomisch einwandfreier Heilerfolg von 86,2 %
ein funktionell gutes Resultat von 83,6 %

Bei der Ventrifixur nach Olshausen-Hofmeier
ein anatomisch einwandfreier Heilerfolg von 80,2 %
ein funktionell gutes Resultat von 90,0 %

V. Lühmann berechnete in seiner Arbeit, in der das klinische Material aus den Jahren 1912 bis 1921 verwertet wurde, bei 340 Ventrifixationen [1]), und 48 nachuntersuchten Frauen ein anatomisch gutes Resultat von 93,7 %.

In den Jahren 1907 bis 1912 wurden 91 Frauen ventrifixiert [1]). Nach den Ergebnissen von Arnold war das anatomische Resultat der Operation in 76,9 % einwandfrei.

Die von v. Lühmann und Arnold gefundenen Werte beziehen sich auf die Ventrifixur nach der Methode Olshausen-Hofmeier.

[1]) Ohne die wegen Prolaps mit Beteiligung des Uterus Operierten.

Die durch meine und frühere Untersuchungen gefundenen Resultate ergeben, daß die Dauererfolge der an der Universitäts-Frauenklinik Würzburg ausgeführten Ventrifixationen und Vorfalloperationen durchaus gute sind. Es soll keineswegs in Abrede gestellt werden, daß nach der Operation häufig Störungen allgemeiner Art zurückbleiben. Die unangenehmen örtlichen Beschwerden jedoch, die der leidenden Frau oft Lust und Freude an der Arbeit nahmen, wurden — wie meine Statistik beweist — behoben. Aus den gequälten, mißmutigen und lebensüberdrüssigen Menschen sind wieder arbeitsfähige und lebensfreudige Menschen geworden. Damit erfüllt die Operation ihren Zweck. Nur in den allerseltensten Fällen hat die Operation gar keinen Erfolg gezeitigt oder es ist eine Verschlimmerung des Leidens eingetreten (Ileus). Diesem Schuldkonto steht der beachtliche Prozentsatz der Heilerfolge gegenüber. Alle Frauen, die in irgend einer Richtung zu klagen hatten, haben nicht im mindesten mit ihrer Meinung zurückgehalten. Vielfach ist bei den Nachuntersuchungen aufgefallen, daß Frauen, bei denen das anatomische Resultat vorzüglich war, die verschiedensten Beschwerden vorbrachten, während auf der anderen Seite manche Frauen, bei denen sich bei der Nachuntersuchung ein Rezidiv fand, völlig beschwerdefrei und mit dem Erfolg der Operation sehr zufrieden waren.

Schwangerschaften und Geburten.

Von vielen Gynäkologen und Geburtshelfern (Küstner, Tschirsch, Mackenrodt u. a.) wird grundsätzlich jede Art der Ventrifixur verworfen, da die verschiedensten Störungen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu beobachten seien, die auf die Ventrifixur zurückgeführt werden müßten. Was die Schwangerschaftsstörungen betrifft, so werden in der Literatur in erster Linie Narbenschmerzen, Narbenbruch und Abort angegeben. Bei weitem bedeutungsvoller sind die in der Literatur bezeichneten Geburtsstörungen nach Ventrifixur. Es werden starke Überdehnungen der hinteren Uteruswand beschrieben, als Folge bindegewebig narbiger Veränderungen der Vorderwand. Verzögerte Geburtsdauer mit notwendigen operativen Eingriffen als Folge, (Zange, Kaiserschnitt) fehlerhafte Lage des Kindes, primäre und sekundäre Wehenschwäche, atonische Blutungen aus dem Narbengewebe post partum, seien nach Ventrifixur in gehäufter Zahl zu beobachten. Die Wehenschwäche, die lange Geburtsdauer, seien ihrerseits häufig wieder die Ursache für eine verzögerte Rückbildung des Uterus und Anlaß zur Spätinfektion.

Autoren wie Stöckel u. a. haben nach Ventrifixur so gut wie nie Geburtsstörungen gesehen.

Über die Erfahrungen bei den an der Würzburger Universitäts-Frauenklinik von mir gesammelten Fällen, möchte ich im folgenden Abschnitt berichten. Um einen guten Überblick zu bekommen, werde ich eine Zusammenstellung aller mir bekannt gewordenen Geburten anführen. Auf die in unserer Klinik beobachteten Entbindungen werde ich ausführlicher eingehen.

Von den von uns beobachteten 414 Frauen sind nach der Ventrifixur 104 gravid geworden und zwar:

69	Frauen	1 mal	=	69	Schwangerschaften
27	„	2 „	=	54	„
7	„	3 „	=	21	„
1	Frau	5 „	=	5	„
104	Frauen			149	Schwangerschaften

Insgesamt traten also 149 Schwangerschaften nach den ausgeführten Operationen ein; davon waren 11 Schwangerschaften z. Zt. der Nachfrage noch nicht beendet. Ich bin somit über den Ausgang von 138 Schwangerschaften unterrichtet.

Von diesen endeten durch Aborte	22 =	15,9 %
wurden wegen Tbc. pulm. künstlich unterbrochen	2 =	1,4 %
Tubargravidität (S. Geburtenverz. Nr. 42)	1 =	0,7 %

Somit gingen 113 Schwangerschaften rechtzeitig zu Ende. Von den 113 rechtzeitigen Geburten konnten 12 in unserer Klinik beobachtet werden, über weitere 101 Geburten gelang es mir schriftliche Auskunft zu erhalten.

Von den 113 rechtzeitigen Geburten war der Geburtsverlauf spontan in 96 Fällen = 84,96 %. (Darunter befindet sich eine Totgeburt aus unbekannter Ursache).

Von den 113 rechtzeitigen Geburten mußte eine geburtshilfliche Operation ausgeführt werden in 17 Fällen = 15,04 %.

An geburtshilflichen Operationen wurden ausgeführt:

1 mal Sectio caesarea bei Querlage, Tumor im kleinen Becken. (Geb.-Verz. Nr. 6).
1 „ Perforation am lebenden Kind bei platt-rachitischem Becken I. Grades. (Geb.-Verz. Nr. 7).
1 „ vollkommene Fußlage, Manualhilfe, bei platt-rachitischem Becken II. Grades. (Geb.-Verz. Nr. 9).
1 „ Hebosteotomie nach Döderlein bei platt-rachitischem Becken II. Grades. (Geb.-Verz. Nr. 10).
1 „ Wendung aus Querlage bei platt-rachitischem Becken II. Grades. (Geb.-Verz. Nr. 41).
1 „ Steißlagenhilfe. (Geb.-Verz. 91).
7 „ Zange u. z. 3 mal wegen Wehenschwäche. (Geb.-Verz. Nr. 11, 19, 21, 28, 69, 84, 91).
1 „ Beckenausgangszange bei sekundärer Wehenschwäche. (Geb.-Verz. Nr. 37).
2 „ manuelle Placentarlösung. (Geb.-Verz. Nr. 21, 53).
1 „ manuelle Extraktion bei abgewichener Steißlage. (Geb.-Verz. Nr. 87).

Außerdem wurden noch folgende leichtere Störungen im Geburtsverlaufe festgestellt:

1 mal primäre Wehenschwäche, vorzeitiger Blasensprung, atonische Nachblutung. (Crédé). (Geb.-Verz. Nr. 19).
1 „ primäre Wehenschwäche. (Geb.-Verz. Nr. 47).
1 „ leichte atonische Nachblutung. (Crédé). (Geb.-Verz. Nr. 99).

Es muß ohne weiteres zugegeben werden, daß ein Teil obiger geburtshilflicher Operationen in keinem Zusammenhang mit der früher ausgeführten Operation steht. Da sich in den meisten Fällen nicht mit Sicherheit entscheiden läßt, wie weit die früher ausgeführte Operation die geburtshilfliche Komplikation verursachte, so muß man zum Vergleiche die Häufigkeit geburtshilflicher Komplikationen im allgemeinen heranziehen. Prof. Walther Schmitt hat in seiner Arbeit: „Zur Verhütung des Kindbettfiebers“ (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 83) 10 000 Geburten an der Würzburger Frauenklinik bearbeitet und kommt zu dem Resultat, daß die Zahl der geburtshilflichen Operationen und schweren Komplikationen (ohne Dammverletzungen) im allgemeinen 17,08 % beträgt. Es ergibt sich also, daß die Zahl der geburtshilflichen Eingriffe und schweren Komplikationen bei den Geburten mit früher ausgeführten Ventrifixationen keine größere als die im allgemeinen beobachtete ist. Rüttger fand bei den aus der Literatur gesammelten Fällen 13,02 % Geburtsstörungen nach Ventrifixur, bei seinen eigenen Untersuchungen 22,2 %. Arnold gab 20,6 %, v. Lühmann 15,28 % Komplikationen nach Ventrifixur an.

	Schmitt	Lit.	Rüttg.	Arnold	Lühm.	Zwecker
Normale Geburten	82,92%	86,8%	77,8%	79,4%	84,72%	84,96%
Geburtshilfl. Operat. u. schw. geb. hilfl. Komplik.	17,08%	13,2%	22,2%	20,6%	15,28%	15,04%

Außerdem berichtet Arnold über 23,5 %
Rüttger „ 12,5 %
v. Lühmann „ 9,4 %
In meiner Arbeit liegen vor 15,9 %
} Aborte nach Ventrifixur.

Die Ventrifixur — bei richtiger Methode und guter Technik — übt auf spätere Schwangerschaften und Geburten also keinen störenden Einfluß aus. Die auftretenden Komplikationen und notwendigen geburtshilflichen Eingriffe überschreiten nicht die im allgemeinen beobachteten Zahlen.

Die Ventrifixur kann meines Erachtens unbedenklich auch bei jüngeren, gebärfähigen Frauen ausgeführt werden. Meine Beobachtungen sprechen gegen jede gegenteilige Ansicht.

Verzeichnis der vor und nach der Operation stattgehabten Schwangerschaften und Geburten.

I. 12 in unserer Klinik beobachtete Entbindungen.

Indikation zur Operation: Retroflexio uteri mobilis.

1. G. Berta, op. nach Sch. Dol. 1923, 28 Jhr. alt.
Vor der Operation: 4 Spontangeburten, 1 Abort.
Nach der Operation:
1925 Spontangeburt nach dem Mechanismus der L. H. H. L. Kind ♂, Placenta circumvallata kommt nach 10 Min. Wochenbett o. B. 1926, 1928 Abort. Z. Zt. gravid Mens IX. (NB.! Ileusfall Nr. 2).

2. W. Anna, op. nach Sch. Dol. 1927, 28 Jhr. alt.
Vor der Operation:
1 Geburt: Forceps, Manuelle Placentarlösung.
Nach der Operation:
1928 Spontangeburt nach dem Mechanismus der R. H. H. L. Kind ♂, 3500 g, 50 cm, reif, Wochenbett o. B. Z. Zt. gravid Mens V.

3. S. Lina, op. nach Sch. Dol. 1924, 28 Jhr. alt.
Vor der Operation: 2 Spontangeburten.
Nach der Operation:
1926 Spontangeburt nach dem Mechanismus der R. H. H. L. Kind ♂, 3700 g, 50 cm, reif, Wochenbett o. B.

Indikation zur Operation: Retroflexio uteri fixata.

4. L. Rosa, op. nach Olsh. 1925, 30 Jhr. alt.
Vor der Operation: O Para.
Nach der Operation:
1928 Spontangeburt nach dem Mechanismus der R. H. H. L. Kind ♂, 2650 g, 49 cm, reif, Wochenbett o. B.

Indikation zur Operation: Prolaps mit Beteiligung des Uterus.

5. H. Barbara, op. nach Olsh. 1923, 30 Jhr. alt.
Vor der Operation: 2 Spontangeburten.
Nach der Operation:
1924 Spontangeburt nach dem Mechanismus der R. H. H. L. Episiotomie. Kind ♀, 3600 g, 50 cm, reif. Geburt und Wochenbett waren gefährdet durch das schwere Krankheitsbild, das die Frau bei der Aufnahme in den Kreissaal zeigte: Erysipel am linken Unterschenkel, Lymphangitis am ganzen linken Bein. Temperatur 40.5°. Die Scheidenwand war unmittelbar hinter dem Hymenalsaum narbig verengt und ließ den Kopf nicht durchtreten. Bei jeder Wehe spannte sich rechts und links ein sehr derber Strang. Mit einem Scherenschlag wurde rechts dieser Strang durchschnitten. Wochenbett o. B.

6. St. Pauline, op. nach Olsh. 1923, 27 Jhr. alt.
Vor der Operation: 1 Geburt. Kind intra partum gestorben.
Nach der Operation:
1924 Geburt eines gesunden Knaben durch Kaiserschnitt. Die Untersuchung der Frau ergab folgenden Befund: Enge Scheide, Portio am Promontorium zu fühlen, das kleine Becken war ausgefüllt von einem cystischen Tumor, der vor dem Uterus lag und sich nicht verschieben ließ. Die Beckenmaße waren:

Distantia	spin. iliac. ant. sup.	24,5 cm
„	crist. iliac.	27,0 cm
„	trochanterum	30,0 cm
Conjugata	externa	19,0 cm

Das Kind lag in erster Querlage. Es wurde der abdominale Kaiserschnitt ausgeführt und zu gleicher Zeit der Tumor entfernt. Das Kind schrie sofort und war völlig frisch. Wundheilung und Wochenbett o. B,

7. W. Anna, op. nach Sch. Dol. 1923, 32 Jhr. alt.
Vor der Operation: 1 Geburt: Forceps.
Nach der Operation:
1 Geburt 1926. Febris intra partum. (39,6°). Herztöne 180. Beckenmaße:

Dist.	spin. iliac. ant. sup.	26,0 cm
„	crist. iliac.	28,0 cm
„	trochanterum	32,0 cm
Conj.	vera (n. Gauss-Bil.)	9,2 cm

Der weitere Geburtsverlauf war folgender: Der kindliche Schädel war nach links abgewichen, Muttermund für eine Finger durchgängig, gegen das Kreuzbein gerichtet. Cervix erhalten. Blase gesprungen. Die kindlichen Herztöne gehen in der Wehenpause dauernd über 180 in der Min. Patientin stöhnt und jammert in der Wehenpause. Deutliche Ausziehungserscheinungen des unteren Uterinsegmentes sind nachweisbar. Uterusruptur steht bevor. Gestützt durch die Tatsache einer 47 Stunden dauernden erfolglosen Geburtsarbeit wird in Äthernarkose die Perforation am lebenden Kind vorgenommen. $^3/_4$ Stunde p. p. erfolgt die Ausstoßung der normalen Placenta. Wochenbett o. B.

8. H. Anna, op. nach Sch. Dol. 1924, 44 Jhr. alt.
Vor der Operation: 12 Geburten. 11. Geburt Totgeburt.
Nach der Operation:
1928 Spontangeburt nach dem Mechanismus der R. H. H. L. Es bestand primäre Wehenschwäche, vorzeitiger Blasensprung, Meconiumabgang. Die kindlichen Herztöne blieben gut. 11 Stunden nach Blasensprung erfolgte die Spontangeburt eines frischen Knaben von 3400 g, 50 cm lang. Nach der Geburt stellte sich eine starke atonische Nachblutung ein, die auf Crédé hin stand. Die Frau erholte sich rasch. Wochenbett o. B.

9. B. Maria, op. nach Olsh. 1924, 35 Jhr. alt.
Vor der Operation:
5 Geburten: 3 Spontangeburten, 1 Querlage, 1 Forceps.
Nach der Operation:
2 Geburten und zwar: 1. Geburt 1926. Es wurde folgender Befund erhoben: platt-rachitisches Becken 2. Grades. 2. Querlage. Die Beckenmaße waren folgende:

Dist.	spin. iliac. ant. sup.	23,5 cm
„	crist. iliac.	27,5 cm
„	trochanterum	30,5 cm
Conj.	vera (n. Gauss-Bil.)	7,9 cm

4 Stunden nach Wehenbeginn Blasensprung, Meconium im Fruchtwasser. Hierauf fällt erst der eine, dann der andere Fuß vor. Die Nabelschnur hängt 20 cm aus der Vulva. Bei der weiteren Entwicklung des Kindes zeigt sich, daß die Nabelschnur um den Hals des Kindes geschlungen und pulslos war. Der rechte Arm war hochgeschlagen und mußte nach Truzzi gelöst werden. Der Kopf wurde mittels Martin-Wiegand-Winkel'schen Handgriffes entwickelt. Placenta folgt sofort. Wochenbett o. B. Das Kind kam weiß asphyktisch zur Welt, die Herztöne waren sehr schwach und besserten sich auch nicht auf Lobelin- und intracardiale Adrenalininjektionen. 10 Minuten p. p. kam das Kind ad exitum.

10. 2. Geburt 1928. Platt-rachitisches Becken 2. Grades. Siehe 1. Geburt. Mit Rücksicht auf den Verlauf der vorangegangenen Geburt wurde der Frau die Schnittentbindung nahe gelegt, die jedoch verweigert wurde. Es wurde der Wehenbeginn nicht angegeben und erst zufällig bei der Visite bemerkt. Das ganze Verhalten der Frau ließ erkennen, daß der Wunsch eine Laparotomie zu vermeiden stärker war, als der Gedanke an ein lebendes Kind. Die erst bestehende, abgewichene Schädellage hatte sich während des Geburtsverlaufes zu einer dorso-anterioren Querlage umgebildet. Zur Beendigung der Geburt wurde die Ausführung der Hebosteotomie in Form der subkutanen Schnittmethode nach Döderlein beschlossen, wenn nach der „prophylaktischen" Wendung auf den Fuß bei der Extraktion des nachfolgenden Kopfes Schwierigkeiten auftreten sollten. Von diesem Operationsplan wird abgewichen, da nach Einleitung der Narcylennarkose die Wehentätigkeit stark zunimmt und bei den Vorbereitungen zum Eingriff auf dem Operationstisch die Blase springt. Nach der sofort vorgenommenen vaginalen Untersuchung ist die Nabelschnur vorgefallen. Pulsation wird mit Sicherheit nicht mehr festgestellt. Daher sofortige Durchführung und Beendigung der Hebosteotomie nach Döderlein. Im Anschluß daran sofortige Wendung auf den Fuß und Extraktion eines apnoischen Kindes. Das Fassen des Fußes ist sehr schwer, da der Uterus sich mehr oder weniger in Dauerkontraktion befindet. Die Extraktion des Kindes gelingt spielend. Vom Blasensprung bis zur vollendeten Geburt sind genau 8 Minuten vergangen. Durch sofortige, feste Kompression der Ein- und Ausstichöffnung steht die Blutung innerhalb einiger Minuten vollständig. Das 3 Wochen übertragene Kind wog 3800 g, war 56 cm lang. Es kam mit Herzschlag zur Welt, war jedoch durch kein Mittel (Hautreize, Lobelinjektionen, Schulze'schen Schwingungen, intracardiale Adrenalininjektionen) zum Atmen und Schreien zu bringen. Die Atemwege waren nicht verlegt. Nach dem klinischen Eindruck kam in erster Linie eine cerebrale Schädigung für die schwere Apnoe in Frage. 45 Min. p. p. konnte der Herzschlag noch einwandfrei beobachtet werden. 50 p. p. starb das Kind. Die Annahme einer cerebralen Schädigung wurde durch die Sektion bewiesen. Wundheilung und Wochenbett o. B.

11. V. Juliane, op. nach Sch. Dol. 1924, 32 Jhr. alt.
Vor der Operation:
2 Geburten: 1. Forceps. 2. II. Querlage, Wendung auf den Fuß, Perforation des nachfolgenden Kopfes am toten Kind.
Nach der Operation:
1929 Geburt nach dem Mechanismus der L. H. H. L. Die Untersuchung ergab schräg verengtes Becken 1. Grades. Die Beckenmaße waren:

Dist. spin. iliac. ant. sup.	24,5 cm
„ crist. iliac.	27,5 cm
„ trochanterum	30,5 cm
Conj. externa	17,5 cm
„ vera (Röntgenmessg.)	9,3 cm

Die Wehentätigkeit war schlecht. Der Kopf stellt sich in den linken tiefen Querstand. Die Herztöne waren sehr schwankend und sanken kontinuierlich. Es wurde zunächst ein Zangenversuch gemacht, der sowohl mit der Zweifel'schen, wie mit der Kjelland'schen Zange mißlang, da der vordere Löffel sich nicht hochschieben ließ, weder durch Wandernlassen, noch durch „Fiedelbogenaufstrich". Es wird nun die Opitz'sche Zange im linken schrägen Durchmesser angelegt, was ohne Schwierigkeiten gelingt. Kind ist gesund, kräftig, ♂, 3000 g schwer und 51 cm groß. Die atonische Nachblutung, die sich im Anschluß an die Geburt einstellte, wurde durch Pituitrininjektionen und Crédé erfolgreich bekämpft. Wochenbett o. B.
Z. Zt. Graviditas Mens X. Schädellage.

12. L. Barbara, op. nach Sch. Dol. 1926, 37 Jhr. alt.
Vor der Operation:
4 Spontangeburten, 1 Zangengeburt.
Nach der Operation:
1927 Spontangeburt nach dem Mechanismus der L. H. H. L. Dabei entstand ein kleiner Dammriß. Es wurden 2 Situationsnähte angelegt. 10 Minuten nach der Geburt Spontanausstoßung der Placenta. Kind ♂, 4550 g, 56 cm lang, gesund und kräftig. Wochenbett o. B.

II. Außerhalb unserer Klinik erfolgte Geburten.

Nr.	Name, Alter, Jahr, Art d. Operation	Schwangerschaften und Geburten vor der Operation	Schwangerschaften und Geburten nach der Operation	Bemerkungen
	Indikation zur Operation: Retroflexio uteri mobilis.			
13	W. Th. 35 J. 1922 O.	2 Geburten	1 Abort 1926 1 norm. Geburt 1927	
14	H. K. 23 J. 1922 O.	1 Geburt	1 norm. Geburt 1929	
15	K. A. 28 J. 1922. O.	2 Geburten	5 norm. Geb. 1923, 1925, 1926, 1927, 1928	
16	K. A. 26 J. 1922 O.	0 para	2 norm. Geb. 1927, 1928	
17	N. S. 25 J. 1923. S.	1 Abort	3 norm. Geb. 1924, 1926, 1928	
18	B. P. 38 J. 1923. S.	4 Geburten	1 norm. Geburt 1925	
19	K. M. 29 J. 1923. S.	1 Geburt: Mens VII. 1 Abort	1 Forceps 1925 bei tiefstehendem Kopf und Wehenschwäche 1927 normale Geburt 1928 Geb. m. at. Nachbl.	
20	K. D. 38 J. 1923. O.	4 Geburten	1 normale Geburt	
21	G. M. 29 J. 1923. S.	0 para	1 Forceps 1927 1928 Geb. m. manuell. Placentarlösung	
22	K. M. 22 J. 1923. S.	0 para	1927 Geburt mit Dammriß 1928 Geburt Mens VIII.	
23	Sch. K. 33 J. 1923. O.	2 Geburten	2 normale Geburten 1925, 1928	
24	B. R. 39 J. 1924. S.	7 Geburten 1 × Zwillinge 2 Abort	1926 1 normale Geburt	
25	N. K. 33 J. 1924. S.	4 Geburten 1 Abort	1 Abort Mens III.	
26	Sch. A. 18 J. 1924. S.	0 para	2 norm. Geburten 1925, 1926	
27	Sch. A. 24 J. 1924. S.	4 Geburten 1 Abort	1925 Abort Mens IV. 1927 normale Geburt	
28	L. M. 29 J. 1924. S.	0 para	1925 Forceps	
29	S. K. 21 J. 1924. S.	0 para	2 normale Geburten 1926, 1928	
30	S. M. 29 J. 1924. S.	1 Geburt	1925 normale Geburt	
31	T. Th. 28 J. 1925. S.	1 Geburt	1928 1 Geburt norm.	
32	L. G. 21 J. 1925. S.	1 Geburt 3 Aborte M. III.	1926 norm. Geburt	
33	K. R. 23 J. 1925. S.	3 Geburten 1 Abort	1926 1 Abort	

Nr.	Name, Alter, Jahr, Art d. Operation	Schwangerschaften und Geburten vor der Operation	Schwangerschaften und Geburten nach der Operation	Bemerkungen
34	B. T. 33 J. 1925. S.	1 norm. Geburt 1 Geb. m. man. Plac. lös.	1927 norm. Geburt	
35	B. O. 30 J. 1925. S.	3 Geburten	2 normale Geburten 1926, 1928	
36	L. J. 30 J. 1925. S.	1 Frühgeburt M. VI. 3 norm. Geburt. 2 Abort M. IV.	1927 normale Geburt	
37	H. M. 27 J. 1925. S.	1 Abort M. II.	1926 1 Beckenausgangszange	
38	F. F. 32 J. 1925. S.	0 para	1927 Abort Mens II.	
39	M. F. 18 J. 1925. S.	0 para	1928 Gravid Mens IV.	
40	G. A. 23 J. 1925. S.	0 para	1929 1 normale Geburt	
41	M. E. 29 J. 1925. S.	1 norm. Geburt. 2 × Querlage	1926 Querlage, Wendung	
42	B. A. 25 J. 1925. S.	0 para	1928 Tubarabort rechts, Ovarialtumor links	operiert
43	St. M. 36 J. 1926. S.	3 Geburten	1927 Interruptio Gravid. M. III.	S. Todesfälle 3, 9.
44	H. M. 40 J. 1926. A.	5 Geburten	Einleitg. d. Frühgeburt wg. Ca. Kachexie, Tbc. pulm.	S. Todesfälle 3, 10.
45	B. M. 29 J. 1926. S.	0 para	1927 normale Geburt	
46	H. M. 25 J. 1926. S.	1 Geburt	1928 1 normale Geburt	
47	F. E. 24 J. 1926. A.	1 Geburt 1 Abort	1927 1 Geburt M. VIII. 1928 1 Abort	
48	H. M. 25 J. 1926. S.	1 Geburt	z. Zt. gravid.	
49	Z. A. 26 J. 1926. S.	1 Geburt	1927 1 normale Geburt	
50	E. I. 33 J. 1926. S.	1 norm. Geburt 1 Frühgeburt M. VII.	1926 normale Geburt	
51	I. M. 29 J. 1926. A.	0 para	1928 normale Geburt	
52	D. R. 41 J. 1926. S.	7 Geburten 1 Abort	1928 1 Abort	
53	L. M. 25 J. 1926. A.	0 para	1927 Geburt m. man. Placentarlösung	
54	R. B. 36 J. 1927. S.	2 Geburten	z. Zt. gravid M IV.	
55	M. F. 27 J. 1927. S.	0 para	1 normale Geburt	

Nr.	Name, Alter, Jahr, Art d. Operation	Schwangerschaften und Geburten vor der Operation	Schwangerschaften und Geburten nach der Operation	Bemerkungen
	Indikation zur Operation: Retroflexio uteri fixata.			
56	S. M. 31 J. 1922. O.	3 Geburten	1923 normale Geburt	
57	Sch. Th. 34 J. 1922. O.	0 para	2 normale Geburten 1923, 1926	parametr. Verwachsungen
58	W. R. 39 J. 1922. O.	7 Geburten	1 Abort Mens V.	
59	F. M. 34 J. 1922. O.	2 Geburten	1 normale Geburt	
60	B. P. 19 J. 1922. O.	0 para	1 normale Geburt	
61	K. E. 26 J. 1923. S.	0 para	1 normale Geburt	Kind gest. n. 9 Wochen an Pylorospasmus
62	G. M. 26 J. 1923. O.	1 Abort	2 normale Geburten 1924, 1929	
63	S. M. 26 J. 1923. S.	0 para	2 normale Geburten 1925 1927	
64	H. E. 33 J. 1924. S.	2 Geburten	1 normale Geburt 1927	
65	S. A. 31 J. 1924. S.	1 Abort	2 Aborte Mens II.	Pelveoperitonitis
66	H. E. 23 J. 1924. S.	1 Geburt	1 normale Geburt 1926	
67	O. K. 31 J. 1925. S.	1 Geburt	1 normale Geburt 1928	
	Indikation zur Operation: Retroflexio uteri und Adnexerkrankung.			
68	K. O. 25 J. 1923. O.	1 norm. Geburt 1 Frühgeburt M. VI.	2 normale Geburten	
69	H. E. 27 J. 1923. S.	0 para	1 Geburt, 2 Aborte (Forceps)	
70	I. A. 29 J. 1924. S.	0 para	2 normale Geburten 1927, 1929	Ovarialcyste
71	B. H. 24 J. 1925. S.	2 Geburten	Abort M. II.	
72	W. L. 28 J. 1926. S.	3 Geburten	Normale Geburt 1928	
73	G. S. 27 J. 1927.	1 Frühgeburt M. VII. 1 Geburt: Wendung u. man. Plac.lös. 1 Abort	1928 Forceps, Dammriß, man. Placentarlösung. Z. Zt. gravid	Raffung n. Menge
74	W. M. 27 J. 1927. S.	2 Geburten	1 normale Geburt 1928	Adnexe lks. extirpiert

Nr.	Name, Alter, Jahr, Art d. Operation	Schwangerschaften und Geburten vor der Operation	Schwangerschaften und Geburten nach der Operation	Bemerkungen
	Indikation zur Operation: Prolaps mit Beteiligung des Uterus.			
75	H. A. 34 J. 1922. O.	3 norm. Geburt. 2 Aborte	1924 normale Geburt	
76	Sch. M. 27 J. 1922. O.	1 Geburt	2 Abort 1925, 1926	
77	S. M. 28 J. 1922. O.	1 Geburt Steißlage Kind tot 1 norm. Geburt	2 normale Geburten	
78	Sch. M. 35 J. 1923. S.	1 × Zwillinge, 1 Kind tot, 2 norm. Geb. 1 Zangengeburt 4 Aborte	2 Abort	
79	M. E. 39 J. 1923. S.	1 Geburt	1 normale Geburt 1925	
80	B. M. 28 J. 1923. S.	1 Geburt	1 normale Geburt 1925	
81	B. O. 37 J. 1923. S.	3 Geburten	1 normale Geburt	
82	W. M. 32 J. 1923. S.	3 Geburten 1 Abort	2 normale Geburten 1925, 1928	
83	H. A. 27 J. 1923. S.	1 Geburt	2 normale Geburten 1927, 1929	
84	R. S. 38 J. 1923. O.	1 Geburt 1 Abort	1 Forceps wegen Wehenschwäche	
85	H. V. 30 J. 1923. S.	3 Geburten	1 normale Geburt 1924	
86	K. V. 35 J. 1923. S.	3 Geburten 2 Abort	1925 normale Geburt 1926 Abort 1928 normale Geburt	
87	H. M. 38 J. 1923. S.	4 Geburten	z. Zt. gravid. M. II.	
88	K. E. 35 J. 1924. S.	1 Geburt, Kind tot 1 norm. Geburt 3 Abort	1925 Abort Mens II. 1926 normale Geburt 1928 abgew. Steißlage	
89	G. R. 30 J. 1924. S.	3 Geburten	1927 norm. Geb. Mens VIII.	
90	A. M. 28 J. 1924. S.	2 Geburten	1925 normale Geburt	
91	N. R. 28 J. 1924. S.	1 Forceps	1925 Abort 1925 Forceps wegen Wehenschwäche 1927 Steißlage	
92	Z. B. 31 J. 1924. S.	3 Geburten	1929 normale Geburt	
93	S. K 40 J. 1925. S.	2 Geburten 1 Abort	1927 norm. Geburt, Totgeburt	
94	H. M. 44 J. 1925. S.	1 norm. Geburt 2 × Forceps	1926 sept. Abort Mens III.	S. Todesfälle 3, 8.

Nr.	Name, Alter, Jahr, Art d. Operation	Schwangerschaften und Geburten vor der Operation	nach der Operation	Bemerkungen
95	A. L. 29 J. 1925. S.	3 Geburten	1928 normale Geburt	
96	R. R. 28 J. 1926. A.	1 Geburt 1 Abort Mens III	1927 normale Geburt	
97	B. M. 32 J. 1926. S.	5 Geburten	2 norm. Geburten 1927, 1928	
98	B. M. 36 J. 1926. S.	2 norm. Geburt.	Z. Zt. gravid, Mens IV.	
99	D. A. 32 J. 1926. S.	1 norm. Geburt 1 Geburt mit man. Plac.lös.	1 Geburt: atonische Nachblutung	
100	F. R. 37 J. 1926. A.	4 Geburten	1927 normale Geburt	
101	W. A 34 J. 1926. S.	3 norm. Geburt. 1 Forceps m. Dammriß	1 normale Geburt	
102	L. K. 30 J. 1926. A.	1 Geburt	1 normale Geburt	
103	H. M. 25 J. 1927. S.	1 Geburt	1 normale Geburt 1928	
104	B. A. 31 J. 1927. S.	2 norm. Geburt. 1 Forceps	Z. Zt. gravid Mens III.	
105	O. A. 39 J. 1927. S.	1 norm. Geburt 1 Abort	1928 normale Geburt	Plastik n. Sellheim

O. = Olshausen.
S. = Schauta-Doléris.
A. = Alex.-Adams.

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir vergönnt, Herrn Prof. Dr. Walther Schmitt für die Überlassung des Themas sowie für die stets freundlichst erteilten Ratschläge meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

K. Reifferscheid, Lage- und Gestaltveränderungen der weiblichen Genitalorgane in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. 3. S. 621. Jhrg. 1924.

C. Menge, Behandlung der Lageveränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane, in Guleke-Penzoldt-Stinzing, Handbuch der gesamten Therapie, Bd. 7, S. 301, Jhrg. 1928.

M. Neu, Behandlung der Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane, in Guleke-Penzoldt-Stinzing, Handbuch der gesamten Therapie, Bd. 7, S. 375, Jhrg. 1928.

Hofmeier-Schröder, Handbuch der Frauenkrankheiten, 17. Aufl. 1921.

M. Henkel, Die Retroflexio uteri, in Fortschritte der Therapie, Jhrg. 1928, Heft 3, S. 69.

C. I. Gauss, Die Behandlung der Retroflexio uteri, in Fortschritte der Therapie, Jhrg. 1929, Heft 7, S. 205.

Rüttger, Der Einfluß der Ventrifixura uteri auf spätere Schwangerschaften und Geburten. Inaug.-Diss. Würzburg 1921.

v. Lühmann, Über Ventrifixura uteri, Inaug.-Diss. Würzburg 1922.

Lebenslauf.

Ich, Josef Zwecker, Bayr. Staatsangehörigkeit, bin geboren am 9. April 1905 zu Rothhausen in Unterfranken, als Sohn des Volksschullehrers Josef Zwecker. Nach 4jährigem Besuch der Volksschule war ich zunächst 3 Jahre im Humanistischen Gymnasium Würzburg und dann 6 Jahre im Realgymnasium Würzburg, wo ich im März 1924 die Reifeprüfung ablegte. Die 5 vorklinischen Semester verbrachte ich an der Universität Würzburg, wo ich im November 1926 die ärztliche Vorprüfung bestand. Nach 2 klinischen Semestern an der Universität Wien und 3 Semestern an der Universität Würzburg unterzog ich mich im April 1929 der ärztlichen Staatsprüfung und bestand dieselbe mit Note „sehr gut". Seit Juli 1929 bin ich als Medizinalpraktikant am Marienhospital in Essen-Altenessen tätig.